

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROcq

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE,
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉNAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND,
HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LÉPILEUR, LEREDDE, A. MATHIEU,
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, J. RENAULT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME X

N° 6. — Juin 1899

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCIX

Voir les FICHES BIBLIOGRAPHIQUES aux pages 11, 13
et 15 de la couverture.

CLIN & C^{ie}

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten,
essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, CUBÈBE et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

ÉLIXIR DÉRET

BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'Iodure double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr. de biiodure de mercure.

Ne provoque ni **Hydrargyrisme**, ni Diarrhée, évite, par la façon dont il est présenté, les **souçons de l'entourage.**

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

Santal du D^r Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant 20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou chronique, Cystites et toutes inflammations des Muqueuses génito-urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant progressivement.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. | Bromure
Par Dragée, 10 centigr. | de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorté, Insomnies, Palpitations de cœur, Érections douloureuses, Spermatorrhée, Éréthisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & C^{ie} — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 385

SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure ASO⁶ 2HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'Étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

POUDRE ANTISEPTIQUE

ni Toxique
ni Caustique, sans Odeur

FAUCHÉ

ÉRYTHÈME, INTERTRIGO, ECZÉMA, HERPÈS, ESCHARRES, ULCÈRES, PLAIES, SUEURS FÉTIDES, FIÈVRES ÉRUPTIVES, ÉRYSIPÈLE, etc.

Se trouve dans toutes les Pharmacies

Vente en gros : Ph^{ie} FAUCHÉ 71, Cours d'Albret, 71 BORDEAUX

IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130

Le meilleur succédané de l'Iodoforme
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITIQUES**
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & C^{ie}, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

T

re
re.
gr.

ni
est
re.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE

SUR

LES LÉSIONS ET LA NATURE DE L'ÉRYTHÈME INDURÉ

PAR MM.

Georges Thibierge,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Paul Ravaut,
Interne des hôpitaux.

(TRAVAIL DU LABORATOIRE DE M. THIBIERGE A L'HOPITAL DE LA PITIÉ.)

L'érythème induré a été décrit pour la première fois par Bazin, qui en montra les principales particularités cliniques.

Les auteurs qui ont suivi ont, pour la plupart, accepté ou même uniquement copié sa description, d'autres l'ont travestie et l'érythème induré a été parfois assimilé ou confondu avec l'érythème noueux.

Si la tradition de Bazin a été conservée par la grande majorité des dermatologistes français et en particulier par notre maître, M. Besnier, qui a toujours insisté sur cette affection dans son enseignement clinique, il n'en a pas été de même à l'étranger, où l'érythème induré, oublié pendant de longues années, a, pour ainsi dire, été découvert à nouveau depuis peu.

Les dermatologistes anglais ont, à juste titre, ramené l'attention sur cette affection, et tout en complétant et précisant sa description clinique, rendu à Bazin un hommage mérité. Parmi eux, il faut citer principalement C. Fox (1), qui a consacré à cette question le premier mémoire publié en Angleterre, accompagné de 9 observations, et J. Hutchinson (2), qui en a rapporté 17 observations, a nettement indiqué les caractères d'une forme clinique très spéciale, à peine esquissée par Bazin, la forme ulcéreuse, et a proposé catégoriquement de donner à l'érythème induré le nom de *maladie de Bazin* (3).

(1) C. FOX. On the « Erythème induré des scrofuleux de Bazin ». *The British Journal of Dermatology*, 1893, p. 225 et 293.

(2) HUTCHINSON. *Archives of Surgery*, 1893.

(3) A côté de l'œuvre écrite des dermatologistes anglais, il n'est que juste de citer, comme ayant largement contribué à vulgariser la connaissance de l'érythème induré, les admirables présentations de malades qui ont eu lieu à Londres à l'occasion du 3^e Congrès international de dermatologie, dans lesquelles cette affection était largement représentée; récemment encore, à la séance du 24 janvier 1899 de la New-York dermatological Society, Bronson déclarait que les dermatologistes

En même temps qu'il en donnait la description clinique, Bazin indiquait très exactement les conditions dans lesquelles se développe l'érythème induré. Il notait qu'il s'observe le plus souvent chez les jeunes filles, principalement chez celles que leur profession oblige à rester de longues heures dans la station verticale, il signalait tout spécialement sa fréquence chez les blanchisseuses. Il montrait enfin que l'érythème induré se rencontre surtout chez les jeunes filles offrant « tous les attributs de la fraîcheur et de l'embonpoint scrofulaux ». Pour tout dire, il en faisait une « scrofulide ».

Si remarquable qu'ait été, pour son temps et son époque, la conception que Bazin s'était faite de la scrofulé, elle s'est, en partie, effondrée. Il n'est pas une seule des affections rangées par lui dans ce cadre qu'il n'ait fallu, par la suite, étudier à nouveau, soumettre au triple contrôle de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation pour en déterminer la signification réelle et l'exacte pathogénie.

La revision nosologique de la scrofulé, qui a abouti à son démembrement au profit de l'hérédosyphilis et des infections de cause externe et à laquelle a seule survécu, semble-t-il, la notion du lymphatisme, a laissé dans l'ombre l'érythème induré.

Chose singulière, les auteurs qui ont fait revivre la description qu'en avait donnée Bazin se sont, à de très rares exceptions près, contentés de constater cliniquement l'existence de l'érythème induré et la possibilité de le distinguer de l'érythème noueux et des syphilides, sans chercher à en pénétrer l'étiologie et la pathogénie.

Au nom de la clinique, Pringle (1) et l'un de nous (2) l'ont assimilé aux gommes scrofulo-tuberculeuses ; forme spéciale de gommes scrofulo-tuberculeuses, conditionnée par son siège aux membres inférieurs chez des sujets dont la circulation est rendue défectueuse par une longue station verticale, il devenait, en raison de cette assimilation, une manifestation locale de tuberculose.

R. Crocker (3) a également, émis l'opinion que l'érythème induré est une manifestation tuberculeuse.

Mais cette assertion manquait de démonstration formelle : l'étude anatomo-pathologique et expérimentale de l'érythème induré n'a été essayée que tout récemment.

La première relation d'un examen histologique de ses lésions est américains devaient à ces présentations des notions plus précises sur la symptomatologie et le diagnostic différentiel de l'érythème induré.

(1) J.-J. PRINGLE. *British medical Association* (New-Castle-on-Tyne, 1893. Compte rendu in *British Journal of Dermatology*, 1893, p. 291.

(2) G. THIBIERGE. L'érythème induré des jeunes filles. *Semaine médicale*. 1895, p. 545.

(3) R. CROCKER. The connexion of tuberculosis with diseases of the skin. *Third international Congress of dermatology*, London, 1896. *Official transactions*, p. 417.

due à Ch. Audry (1) : dans un cas typique de cette affection, l'excision de deux nodosités lui a permis de constater que celles-ci étaient formées d'une sorte de tissu spongieux très jaune, alvéolé, imbibé d'un liquide huileux, jaunâtre, sans trace de pus, une sorte de lac huileux hypodermique ; à l'examen microscopique de l'une de ces nodosités, il a rencontré un œdème formé d'un exsudat très finement granuleux, renfermant un grand nombre de grandes cellules irrégulièrement arrondies ou ovalaires qu'il regarde comme des leucocytes mononucléaires ; dans le tissu conjonctif adjacent, il n'a constaté aucune trace de réaction ; dans les parties profondes de la lésion, l'exsudat était parsemé de cavités arrondies très nombreuses et transformé en une véritable éponge ; les alvéoles, vides sur les coupes histologiques, étaient sans doute remplis précédemment par le liquide huileux qui s'était écoulé au moment de la section de la nodosité ; il n'y avait nulle part de bacilles. Audry conclut de cet examen que l'érythème induré est constitué par une dégénérescence graisseuse développée secondairement sur un territoire frappé d'un œdème considérable et spontané, et que ces lésions, dans lesquelles les stigmates inflammatoires sont réduits au minimum, ne peuvent être rattachées, ni directement, ni indirectement à la tuberculose. Tout au plus concède-t-il qu'il s'agit d'une manifestation aiguë de la dystrophie originelle, caractérisée par une atonie circulatoire, qui constitue le lymphatisme ; il est porté à en faire, avec Hardy, une variété chronique et parfois ulcéreuse de l'érythème noueux.

Leredde (2) tire de l'examen histologique qu'il a pu faire d'un nodule récent, excisé dans un cas également typique d'érythème induré, des conclusions toutes différentes : les lésions, qui présentaient leur maximum dans la région sous-dermique, étaient constituées par le développement de larges travées de tissu conjonctif dense, parsemé de nombreuses cellules, travées anastomosées irrégulièrement et renfermant entre elles du tissu adipeux et quelques groupes de cellules grasses ; examinées à un fort grossissement, ces travées renfermaient d'assez nombreux vaisseaux qui tous étaient oblitérés ; le processus se localisait, dans les couches plus élevées de la peau, autour des glandes sudoripares et, dans le derme moyen, autour des vaisseaux ; outre les lésions vasculaires, consistant en dilatation avec épaississement de la paroi dans la couche glomérulaire, en endophlébite dans la couche dermique, il existait une infiltration de lymphocytes autour des vaisseaux et des glandes, une légère multiplication des cellules fixes inter-fasciculaires, un œdème très notable de

(1) CH. AUDRY. Étude de la lésion de l'érythème induré (de Bazin) ; sur la notion du lymphatisme. *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 209.

(2) LEREDDE. Tuberculides nodulaires des membres inférieurs (érythème induré de Bazin). *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 898.

la région sous-papillaire et des lésions dégénératives légères des noyaux cellulaires dans les couches les plus profondes.

Leredde compare ces lésions à celles des tuberculides nécrotiques avec lesquelles il leur trouve, macroscopiquement et microscopiquement, de très étroites analogies ; d'origine vasculaire comme les tuberculides nécrotiques, se développant comme ces dernières chez les sujets atteints de localisations tuberculeuses diverses, l'érythème induré est, pour lui, une tuberculide.

*
*
*

Nous avons eu l'occasion d'observer 3 cas d'érythème induré dont il nous a été possible d'étudier les lésions anatomiques. L'étude de ces 3 cas, comparables au point de vue anatomo-pathologique, bien qu'ils aient présenté des aspects cliniques un peu différents, nous permet de formuler au sujet de la nature de l'érythème induré des conclusions fermes.

Avant de relater nos observations nous tenons à exprimer nos remerciements à MM. les D^{rs} Gombault et Darier qui ont bien voulu examiner nos préparations histologiques ; en contrôlant, avec leur haute compétence, les résultats de nos recherches, ils ont donné à celles-ci une confirmation dont nous leur sommes tout particulièrement reconnaissants.

Obs. I. — Érythème induré non ulcéré des deux membres inférieurs. — Marie Ren... , âgée de 22 ans, entrée le 23 mars 1898, à l'hôpital de la Pitié. Est atteinte depuis trois à quatre mois de lésions cutanées des membres inférieurs : aux deux jambes, plusieurs nodosités du volume d'un gros pois, saillantes, de coloration rouge, de consistance ferme, qui ne se sont pas modifiées depuis plusieurs semaines.

Sur le dos du pied gauche, une plaque d'infiltration, de deux travers de doigt de large sur trois de long, à contour un peu irrégulier, de coloration rouge violacé, ayant débuté en même temps que les lésions des jambes.

Biopsie. — Après anesthésie à la cocaïne, la tumeur de la partie postérieure du mollet est enlevée ; une incision rectiligne de un centimètre et demi est faite à la peau ; on tombe dans le tissu cellulaire sous cutané et, avec le doigt introduit dans cette boutonnière, on sent parfaitement la tumeur plus résistante que le tissu qui l'entourne, formant un noyau assez bien limité. Ce noyau n'est pas adhérent à la peau, mais il adhère au tissu cellulaire qui l'entoure et dont il est impossible de l'énucléer ; en l'arrachant, en coupant au bistouri ses adhérences, on le sépare du tissu cellulaire ; cette biopsie permet de constater que la tumeur siège bien dans le tissu cellulaire sous-cutané et n'a aucune connexion avec la peau. La plaie est suturée et réunit par première intention.

Macroscopiquement, ce noyau ainsi isolé ne se distingue du tissu cellulaire voisin que par sa consistance plus ferme ; extérieurement sa couleur

est celle du tissu cellulo-grasieux normal, couleur jaune clair due principalement à la présence de la graisse. A la coupe, il s'en écoule un liquide huileux et le parenchyme qui forme cette tumeur est grisâtre, beaucoup plus pâle que le tissu périphérique, et on constate que des bandes plus claires, d'aspect scléreux, parcourent dans tous les sens la tumeur, circonscrivant des portions de tissu et formant ainsi des sortes de lobules.

Cette pièce fut divisée en trois portions destinées à être fixées par trois réactifs différents : le sublimé acide, l'alcool et l'acide osmique, puis incluses à la paraffine.

Examen histologique. — A un faible grossissement on constate que les grandes bandes scléreuses, qu'il était facile de voir sur la pièce avant l'inclusion, circonscrivent des flots de tissu ayant de deux à cinq millimètres de diamètre ; ces bandes se rejoignent les unes les autres et semblent lobuler le tissu cellulaire sous-dermique ; de ces bandes partent de petits prolongements qui pénètrent dans l'intérieur des lobules, formant une sorte de cirrhose périlobulaire par rapport au lobule adipeux ou au tissu qui forme la tumeur. Celle-ci semble donc formée de deux éléments différents : l'un constitué par ces grandes bandes scléreuses, l'autre par le tissu entouré par celles-ci et qui figure leur contenu.

Si on étudie à un plus fort grossissement la structure de ces bandes, on voit que la partie fondamentale est formée par du tissu conjonctif avec, en certains points, des amas d'éléments embryonnaires centrés par un vaisseau plus ou moins altéré. Ce vaisseau semble avoir été le point de départ de la lésion ; en effet, tous les vaisseaux sont lésés, mais à des degrés différents : sur certains, on voit une simple prolifération endothéliale, sur d'autres un épaississement des tuniques vasculaires, une infiltration embryonnaire périvasculaire s'étendant parfois assez loin du vaisseau, mais dont l'intensité décroît au fur et à mesure qu'on s'en éloigne ; enfin, de certains vaisseaux il ne reste plus qu'une ébauche, l'endothélium ayant proliféré et rempli la lumière, les parois s'étant épaissies et infiltrées de leucocytes ainsi que la périphérie ; l'on ne voit plus qu'un amas de cellules disposées concentriquement et qui représentent les derniers vestiges des vaisseaux. La constance et l'intensité des lésions vasculaires montrent que les vaisseaux ont joué un grand rôle dans la production, si même ils n'en ont pas été le point de départ ; à elle seule la présence d'éléments embryonnaires à leur périphérie permettrait de faire cette hypothèse. Mais, si ces lésions vasculaires, si la présence d'amas embryonnaires font présager l'origine inflammatoire de la tumeur, elles ne renseignent en rien sur sa nature et si on suit sur toute leur étendue ces bandes scléreuses, on trouve en quelques points, soit au contact des vaisseaux, soit mêlées aux éléments embryonnaires qui les entourent, des grandes cellules contenant 8 à 10 noyaux et qui ont tous les caractères des cellules géantes ; en outre de très nombreuses cellules épithélioïdes sont disséminées çà et là dans tout le corps de la tumeur. Nous pouvons donc résumer ainsi qu'il suit la structure de ces bandes : tissu conjonctif contenant des vaisseaux lésés qui sont le centre d'une inflammation plus ou moins étendue et, enfin, présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes.

Quant au tissu compris dans l'espace circonscrit par ces travées fibreuses, nous voyons, à l'aide des préparations fixées à l'acide osmique, que si, en certains points, il a la structure du tissu adipeux normal, il est remplacé, en d'autres, par un tissu entièrement différent: tantôt les cloisons qui séparent chaque lobule adipeux sont infiltrées de leucocytes et sont par cela même plus épaisses; tantôt, elles sont complètement modifiées, augmentées de volume à tel point qu'elles semblent à elles seules former tout le tissu et que par places, sur des coupes fixées au sublimé ou à l'alcool, on ne constate qu'une petite cavité claire à contours très nets et qui représente la place occupée par une vésicule adipeuse. Ce tissu, qui a ainsi envahi et remplacé les éléments adipeux, se colore uniformément par l'éosine; on y rencontre en certains points des éléments embryonnaires, en d'autres des granulations protéiques; il y a là, semble-t-il, tous les stades d'une inflammation ayant évolué assez rapidement puisqu'on peut en suivre toutes les étapes depuis l'infiltration embryonnaire jusqu'à la dégénération granuleuse, jusqu'à la nécrose. Telles sont les principales lésions que nous révélait l'examen histologique.

Examen bactériologique. — D'autres coupes ont été colorées suivant la méthode de Ziehl, et sur environ 25 que nous avons examinées, il nous a été impossible de voir de bacilles de Koch, ni dans les cellules géantes, ni dans un point quelconque de la coupe.

Obs. II. — *Érythème induré non ulcéré, à éléments peu nombreux, occupant les membres inférieurs.* — M^{lle} Bec..., âgée de 24 ans, d'origine brésilienne, entre à l'hôpital de la Pitié le 27 avril 1897.

Il n'y a aucune trace de tuberculose dans sa famille.

Antécédents personnels. — A toujours eu, à l'exception d'attaques de nerfs assez fréquentes, une bonne santé. N'a jamais eu d'éruptions cutanées, jamais aucune des manifestations dites scrofuleuses. Jamais aucune maladie aiguë.

Réglée à 11 ans et demi, règles irrégulières et douloureuses.

Depuis deux ans, époque où des revers de fortune ont modifié sa position, elle est obligée de se livrer aux soins du ménage et passe chaque jour de longues heures debout.

État actuel. — A la partie supérieure du mollet gauche, on voit une plaque rouge, légèrement saillante, de forme allongée: à la palpation on constate une infiltration siégeant immédiatement au dessous de la peau et constituée par une nodosité dure, nettement limitée, allongée verticalement, mesurant environ le volume d'une petite amande.

A la partie externe de la cuisse droite, à 10 centimètres au-dessus du grand trochanter, existe une nodosité un peu moins volumineuse, présentant les mêmes caractères que la précédente.

La nodosité du mollet gauche a débuté il y a trois mois; la malade a éprouvé une sensation de tension dans le mollet, survenue progressivement; au bout de quinze jours, elle y a remarqué le développement d'une tuméfaction qui est devenue rouge ultérieurement.

La lésion de la cuisse droite remonte à quatre jours seulement; le malade a ressenti tout à coup une sensation de brûlure au niveau de la peau et, au

bout de deux jours, elle a constaté la présence d'une tuméfaction rouge qui a augmenté jusqu'à son entrée.

Aucune lésion viscérale.

Facies anémique ; un peu de tuméfaction des lèvres ; pas d'adénopathies en aucune région du corps.

Les deux nodosités sont enlevées quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital.

14 juin 1899. — Nous revoyons de nouveau la malade. Elle éprouve encore dans les deux membres inférieurs des douleurs qu'elle n'avait jamais ressenties avant d'être atteinte d'érythème induré, douleurs qui sont surtout prononcées dans les temps humides ; la marche est moins facile qu'auparavant. Il ne s'est pas développé de nouvelles lésions cutanées. Aucun trouble viscéral pouvant être mis sur le compte de la tuberculose.

Biopsie. — La tumeur enlevée est celle de la partie postérieure et supérieure de la cuisse, elle présente les mêmes caractères que la première ; mais pour élucider histologiquement l'état de la peau, un morceau de celle-ci fut enlevé avec la tumeur ; l'ablation se fit dans les mêmes conditions, il fallut encore recourir au toucher pour reconnaître, perdue dans le tissu cellulaire, la tumeur qu'il était impossible de distinguer à la simple vue ; seule, sa consistance plus dure permettait de la distinguer.

Comme pour le premier cas, la pièce fut fixée par trois réactifs différents : sublimé acide, alcool et acide osmique ; de plus, un morceau fut inoculé à un cobaye, malheureusement, quelques jours après l'inoculation, l'animal fut égaré.

Examen histologique. — Au point de vue histologique, les lésions constatées sont absolument les mêmes que dans le premier cas ; la peau ne présente aucune lésion, pas la moindre trace d'inflammation ; les lésions commencent au niveau des couches les plus inférieures du derme ; ce sont tout d'abord des lésions inflammatoires ; on constate, autour de quelques vaisseaux, de quelques canaux excréteurs des glandes sudoripares, une légère infiltration embryonnaire bien limitée, puis au-dessous, dans le tissu cellulaire sous-cutané, commencent les lésions ressemblant identiquement à celles que nous avons décrites dans le premier cas ; elles sont même plus évidentes encore, les cellules géantes étant très nombreuses ; mais ce sont les mêmes lésions vasculaires, les mêmes lésions du tissu adipeux.

L'examen bactériologique a porté sur une quinzaine de coupes colorées par la méthode de Ziehl sans qu'il nous ait été possible de déceler le moindre bacille de Koch.

Obs. III. — *Érythème induré des membres inférieurs à éléments très nombreux dont quelques-uns sont ulcérés ; cicatrices des fesses présentant l'aspect des cicatrices de tuberculides nécrotiques ; asphyxie des extrémités ; tuberculose d'une phalange.* — Dar..., Valérie, âgée de 15 ans, entrée le 17 décembre 1898, à l'hôpital de la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire ; mère, bien portante, a eu 6 enfants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 3 ans. Variole à 10 ans, avec ana-

sarque ; depuis cette époque, a toujours été souffrante. Habitait la campagne depuis trois ans et demi ; au mois d'août elle est revenue à Paris et a été placée dans une place où elle avait peu de travail.

Ses règles, qui étaient apparues pour la première fois en mai, se sont arrêtées au mois d'août, pour reparaitre trois mois plus tard.

Les lésions cutanées, pour lesquelles elle entre à l'hôpital, ont débuté, dit-elle, au mois de septembre ou d'octobre dernier, mais elle ne peut donner de renseignements précis à leur sujet.

État actuel. — *Jambe gauche.* — Dans toute la moitié inférieure et postérieure on voit une série de taches rouges de coloration tirant un peu sur le brun et légèrement violacées. Ces taches, de dimensions inégales, mesurent environ 5 à 6 millimètres, ont des contours mal délimités et sont légèrement saillantes. Leur coloration disparaît presque complètement à la compression et il reste seulement un fond jaune-brun pâle.

A la palpation, chacune de ces taches correspond à une nodosité profonde dermo-hypodermique, de forme arrondie et de dimension au moins égale à celle de la tache.

Sur les parties latérales, les nodosités sont moins nombreuses ; sur la partie antérieure, elles sont presque complètement défaut.

Sur la face interne, les nodosités semblent en voie de régression ; leur coloration est moins prononcée ; autour de la tache rouge on voit une zone dont la coloration rappelle celle des ecchymoses. En outre, l'épiderme, par places, est en voie de desquamation assez prononcée.

Sur le pourtour de la jambe, on constate de 60 à 70 taches.

Pied gauche. — Sur la face dorsale, on voit une série de taches rouges rosées, moins larges que celles de la jambe et au niveau desquelles on ne perçoit plus une infiltration ainsi accusée.

Des éléments semblables à ceux du dos du pied s'observent en assez grand nombre sur les malléoles.

Jambe droite. — Les lésions sont analogues à celles du côté gauche, mais en moins grand nombre ; elles remontent cependant à un niveau plus élevé.

On voit en outre deux ulcérations. Une des ulcérations, occupant la partie externe du mollet, a une forme presque régulièrement arrondie et mesure 22 millimètres de diamètre ; les bords sont régulièrement taillés en talus, sans décollement ni renversement ; le fond, de coloration rouge, à grosses granulations, est recouvert d'un enduit jaunâtre ; le pourtour de l'ulcération, de coloration rouge assez intense, est le siège d'une infiltration très prononcée. Plus bas, et au voisinage du tendon d'Achille, une autre ulcération arrondie mesurant de 7 à 8 millimètres reposant sur une base rouge et infiltrée, laquelle mesure 2 centimètres environ ; les bords sont moins nettement taillés, un peu plus inclinés et, dans toute la partie inférieure, décollés sur une étendue de 1 à 2 millimètres ; le fond est irrégulier, parsemé de grosses granulations inégales, couvertes d'un enduit jaunâtre.

Pied droit. — Les lésions du dos du pied présentent la même disposition et les mêmes caractères que du côté gauche.

Cuisses. — On n'y constate aucune lésion apparente.

Fesses. — Sur les fesses, on voit de nombreuses cicatrices, jusque dans la région trochantérienne, de coloration rouge, légèrement violacée, de forme allongée ou arrondie et mesurant 3 à 4 millimètres de large. Quelques-unes présentent une petite croûte ou squame centrale ; déprimées à leur centre elles ont l'aspect d'une cicatrice vaccinale très petite et très superficielle. Ces cicatrices rappellent assez celles qui succèdent aux tuberculides nécrotiques.

Il n'y a nulle part sur les fesses de nodosités rappelant celles des jambes.

Nulle part on ne trouve de trace de lichen scrofulosorum.

Mains. — Sur le dos des mains, la peau a une coloration rouge, violacée, par plaques irrégulières ; elle est infiltrée, molle, mais ne conserve pas l'empreinte des doigts.

Sur les doigts, elle a une coloration rouge violacée, est infiltrée et forme par places des noyaux diffus analogues à ce que l'on voit dans la forme acro-asphyxique de la lèpre.

En outre, à droite, sur l'articulation phalango-phalangienne du médius et des deux articulations phalangiennes de l'auriculaire, des croûtes brunes reposant sur une zone rouge, violacée, et légèrement desquamante. Au-dessous, une surface en voie de réparation et déprimée. Sur la première phalange de l'index gauche une croûte épaisse et analogue.

À gauche, sur l'articulation phalango-phalangienne du médius, une ulcération de 15 millimètres environ avec croûte brunâtre.

Sur l'articulation phalango-phalangienne de l'auriculaire une ulcération semblable.

Sur plusieurs doigts, des cicatrices irrégulières de forme et de surfaces déprimées et larges de 15 millimètres environ.

Le visage présente le facies dit scrofuleux : les joues et le nez sont rouges, légèrement cyanotiques, les téguments, surtout ceux du nez et des lèvres, sont infiltrés.

On trouve, sous l'angle du maxillaire du côté droit, un ganglion résistant du volume d'une noisette.

Pas de lésions pulmonaires appréciables.

La malade séjourne à l'hôpital pendant deux mois ; les lésions cutanées s'améliorent considérablement. L'ulcération qui n'a pas été excisée se répare complètement. La cicatrisation des lésions biopsiées se fait avec une certaine lenteur.

Elle rentre le 19 avril 1899 avec des lésions du médius gauche, tuméfaction diffuse avec fistule d'origine osseuse.

Les lésions cutanées anciennes sont remplacées par des macules d'un rouge violacé pâle, au niveau de quelques-unes desquelles on perçoit de légères nodosités. Les lésions des fesses ne se sont pas modifiées.

Il y a un mois, l'adénopathie sous angulo-maxillaire a augmenté de volume et s'est ouverte spontanément, donnant lieu à un écoulement de sérosité louche ; l'ouverture est fermée depuis quinze jours ; actuellement encore on sent un ganglion allongé verticalement qui roule sous le doigt.

Les mains sont toujours cyanosées.

Biopsie. — Des fragments furent prélevés en deux endroits différents; l'un au niveau d'une tumeur sous-cutanée, l'autre au niveau d'une ulcération. Comme dans les cas précédents, il était facile de sentir sous la peau les noyaux indurés formés par la tumeur; cependant, au niveau de celle qui était ulcérée, les limites entre la tumeur et le tissu voisin étaient moins nettes.

De même que pour les cas précédents ces fragments furent fixés à l'alcool et au sublimé acide, et enfin, cette fois-ci, nous pûmes faire des inoculations dont on retrouvera les résultats plus loin.

Examen histologique. — Les lésions sont les mêmes que dans les cas précédents; même disposition lobulée du tissu cellulaire sous-cutané; mêmes lésions vasculaires; même infiltration embryonnaire; même présence de cellules géantes et épithélioïdes; mêmes lésions de dégénération granuleuse, de nécrose; sur les coupes de la région ulcérée on retrouve quelques lésions de dermite caractérisées par de l'épaississement des couches qui la composent et une légère infiltration embryonnaire. Cette dernière étant beaucoup plutôt liée à l'infection cutanée qui accompagnait l'ulcération, qu'à la tumeur sous-jacente.

Examen bactériologique. — Comme dans les cas précédents, des coupes ont été colorées par la méthode de Ziehl et les résultats ont été aussi négatifs; sur environ 20 coupes examinées, nous n'avons pu trouver de bacille de Koch.

Inoculations. — Deux cobayes furent inoculés; l'un, avec un fragment provenant de la tumeur ulcérée, malheureusement il mourut trente-six heures après l'inoculation de septicémie suraiguë causée par l'inoculation de la portion de peau ulcérée et certainement infectée. Le deuxième cobaye, inoculé avec un fragment de tumeur non ulcérée, maigrit assez rapidement et fut tué trente-cinq jours après l'inoculation; il présentait une tuberculose expérimentale typique avec ganglions, foie et rate remplis de tubercules; un deuxième cobaye fut inoculé avec la rate du précédent et présenta un mois après une tuberculose tout aussi nette que le premier; il n'y avait donc pas de doute possible sur la nature tuberculeuse de la tumeur inoculée.

Si maintenant nous réunissons les notions fournies par les examens histologiques de ces trois cas et si nous essayons d'en déduire la nature de l'érythème induré, pouvons-nous arriver à une conclusion ferme? La présence de lésions vasculaires, de lésions inflammatoires et dégénératives, enfin la présence de cellules géantes suffisent à elles seules pour faire supposer la nature tuberculeuse de l'érythème induré; nous n'oserions cependant l'affirmer, si le résultat de notre dernière inoculation ne venait confirmer cette hypothèse. On nous reprochera peut-être de conclure d'une seule inoculation, mais étant donné la constance des lésions histologiques dans les trois biopsies, l'abondance des cellules géantes dans la seconde, et enfin le résultat positif de l'inoculation dans la troisième, il y a là tout un faisceau d'arguments qui, pris à part, n'ont pas une valeur suffisante, mais

qui, réunis, prouvent suffisamment, croyons-nous, l'origine tuberculeuse de l'érythème induré. Enfin, devons-nous considérer comme un argument contre notre hypothèse, l'absence de bacille de Koch sur la cinquantaine de coupes que nous avons examinées ? Nous ne le pensons pas, car avec de la patience, peut-être aurions-nous pu en trouver, et, d'autre part, on sait combien, en matière de tuberculose cutanée, cette recherche est décevante. Il suffit de se rappeler que pour le lupus, par exemple, dont la nature tuberculeuse est surabondamment prouvée, on trouve, en moyenne, un bacille sur 50 coupes examinées.

Si nous voulons pousser plus loin l'étude de la genèse de la tumeur, son mode de formation, chercher à déterminer la voie qu'a suivie le bacille (car en présence de l'inoculation positive, il ne peut être question de toxine), nous n'avons qu'à reprendre les lésions histologiques constatées; nous voyons que ce sont les vaisseaux qui sont les premiers lésés, que c'est autour d'eux que se développent les foyers d'infiltration embryonnaire; que l'intensité de cette infiltration diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne du vaisseau; qu'enfin, les bandes scléreuses qui sillonnent la tumeur sont commandées par la présence des vaisseaux. En un mot, c'est autour des vaisseaux que semble graviter toute l'évolution de la lésion. Peut-être, si on pouvait la surprendre dès le début, parviendrait-on à y déceler la présence du bacille de Koch et à déterminer exactement les rapports qu'il affecte avec les vaisseaux. Quoi qu'il en soit de ces rapports avec le bacille de Koch, si l'on veut caractériser cette tumeur par une dénomination parlante, il est un terme qui semble s'appliquer à elle directement, et de même que dans la lèpre, certains nodules infectieux, ayant pour cause le bacille lépreux, ont reçu le nom de léprome, de même pour cette tumeur qui a pour cause le bacille de Koch, il nous semble que le terme de tuberculome convienne parfaitement.

* *

Les lésions anatomiques qui viennent d'être décrites permettent de mettre en sa place nosologique exacte l'érythème induré.

Sans y insister longuement, il convient cependant de rappeler les arguments cliniques qui viennent cadrer avec cette notion anatomo-pathologique.

D'abord, les sujets atteints d'érythème induré sont souvent de souche tuberculeuse, ou ont vécu au voisinage immédiat de tuberculeux.

Personnellement, ils appartiennent le plus souvent à cette catégorie de dystrophiques aux lèvres tuméfiées, aux téguments cyanotiques et algides, acro-asphyxiques, qui, sous le nom de « lymphatiques », incarnent les derniers vestiges de l'ancienne scrofule et qui, proie

facile aux infections cutanées superficielles et bénignes, sont aussi les candidats les plus nettement désignés à l'infection tuberculeuse. Cette infection tuberculeuse, ils en portent souvent la trace sous forme de pneumopathies, d'entéropathies, plus souvent encore sous forme d'adénopathies ou d'ostéopathies, même parfois ils en offrent des types divers au niveau des téguments et deviennent ainsi de véritables cartes d'échantillons de la tuberculose cutanée. A proprement parler, ils ne sont sans doute atteints d'érythème induré qu'à la suite et à cause des foyers tuberculeux profonds dont ils sont porteurs.

L'érythème induré d'ailleurs offre cliniquement les plus grandes analogies avec les gommes tuberculeuses, dont la nature microbienne est depuis de longues années formellement établie. Comme elles, il débute par une nodosité sous-cutanée, située le plus souvent à l'union du derme et de l'hypoderme; comme elles, il peut persister pendant longtemps à l'état de nodosité dure, sans réaction inflammatoire du derme; comme elles aussi, il s'accompagne à un moment donné d'une rougeur des téguments; comme les gommes enfin, l'érythème induré peut s'ulcérer.

A la vérité, ces caractères communs à l'érythème induré et aux gommes offrent, dans chacune de ces affections quelques nuances symptomatiques: ainsi, dans l'érythème induré la rougeur est plus franche que dans les gommes; dans ces dernières elle est souvent livide et elle précède de peu l'ulcération, tandis que, si on en croit la terminologie de l'affection et ses descriptions classiques, elle fait partie intégrante de l'érythème induré; de plus, les nodosités de l'érythème se terminent le plus ordinairement par résorption, tandis que la gomme a plus grande tendance à suppurer.

Ces caractères différentiels sont en somme peu accusés; à vrai dire ils traduisent plutôt des caractères évolutifs différents que des caractères anatomo-cliniques distincts, à telle enseigne qu'on voit parfois coïncider avec des lésions typiques d'érythème induré, des nodules dermo-hypodermiques, que, hors de cette coexistence, on n'hésiterait guère à qualifier de gommes.

* *

Le siège aux membres inférieurs, et surtout sur des membres inférieurs dont la station verticale prolongée conditionne vicieusement la circulation sanguine, explique sans doute pour une part les caractères cliniques propres à l'érythème induré; mais il n'en est pas l'unique cause, car on peut observer, au même siège et dans les mêmes conditions de défectueuse circulation, des gommes tuberculeuses cliniquement très différentes de l'érythème induré; on peut encore, quoique le fait soit plus rare et que quelques-uns des exemples

rapportés soient contestés ou même controuvés, observer l'érythème induré aux membres supérieurs

Peut-être conviendrait-il d'attribuer, dans le déterminisme de leur individualisation clinique, un rôle au mode de développement et aux altérations vasculaires concomitantes à ces deux ordres de tuberculomes : dans l'érythème induré, nos examens histologiques nous ont permis de constater d'importantes lésions vasculaires sanguines, qui prouvent que les vaisseaux sanguins sont primitivement altérés dans cette affection. Tout au contraire, de par leur systématique topographie et leur disposition sériée sur le trajet des lymphatiques, les gommes tuberculeuses vulgaires s'affirment en clinique comme des lésions dermo-hypodermiques conditionnées par les vaisseaux blancs et dues à un contagé qui chemine le long de ces derniers.

L'importance des lésions vasculaires dans l'érythème induré cadre bien avec le mode de début de ses nodosités. Nous avons pu, chez quelques malades intelligents et susceptibles des'observer, noter d'une façon très précise ce mode de début, dont nous n'avons trouvé aucune description dans les travaux relatifs à cette dermatose. Très généralement il se fait de la façon suivante : tout d'un coup, sans phénomène prémonitoire, le malade éprouve en un point quelconque du membre inférieur une douleur intense, semblable à une piqure ou à une brûlure ; à ce moment, il ne peut percevoir aucune tuméfaction, aucune induration de la peau ou de l'hypoderme ; c'est seulement au bout de quelques heures, quelquefois de plusieurs jours qu'il constate, au point même où s'est produite la douleur, une tuméfaction limitée, arrondie, facile à percevoir, occupant l'hypoderme ; ordinairement il n'y a, encore à ce moment, aucun changement dans la coloration de la peau, et la rougeur n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours.

Ce mode de début, qui est du reste identique à celui des tuberculides nécrotiques, est nettement en rapport avec l'importance des lésions vasculaires dans l'érythème induré et semble indiquer que les nodosités sont le résultat d'un processus embolique.

Il montre combien est défectueuse la dénomination d'érythème induré qui établit, a priori, une assimilation avec les dermopathies purement ou primitivement congestives, tandis que, tout au contraire, il s'agit d'une véritable néoplasie dermo-hypodermique accompagnée secondairement et accessoirement de turgescence vasculaire persistante.

* *

En résumé donc, l'érythème induré — aussi bien dans sa forme non ulcéreuse décrite par Bazin que dans la forme ulcéreuse étudiée par Hutchinson — doit être rangé dans le cadre de la tuberculose cutanée, plus exactement parmi les manifestations cutanées

de l'infection tuberculeuse qui sont fonctions du bacille de Koch.

Il se place ainsi à côté des gommes tuberculeuses, avec lesquelles il présente les plus grandes affinités cliniques.

EXPLICATION DE LA PLANCHE III

FIG. I. — Structure générale de la tumeur.

1. Épiderme.
2. Derme.
3. Glandes auriculaires.
4. Bandes de tissu scléreux contenant des vaisseaux et des cellules géantes.
5. Tissue cellulaire.

FIG. II. — Lésions vasculaires avec quelques cellules géantes autour des vaisseaux.

FIG. III. — Deux cellules géantes.

FIG. IV. — Infiltration du tissu cellulaire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 JUIN 1899

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Lupus tuberculeux amélioré par les injections de calomel, par M. DU CASTEL. — Glossite scléreuse syphilitique chez une femme de 33 ans, par MM. BALZER et GAUCHERY. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER.) — Éruption séborrhéique et eczéma séborrhéique par M. BARTHÉLEMY. (Discussion : M. BESNIER.) — Syphilis héréditaire tardive probable, par M. EUDLITZ. — Dermate chronique pustulo-ulcéreuse en plaques, par M. DANLOS. (Discussion MM. FOURNIER, LEREDDE, DANLOS). — Lymphangite tuberculeuse de l'avant-bras, par M. DANLOS. — Forme temporairement larvée de maladie de Duhring, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BESNIER, LEREDDE.) — Sur un cas de sclérodémie en bandes et en aires généralisées avec éruption bulleuse et lichénoïde, par M. HALLOPEAU. — Du diagnostic entre le chancre infectant et certaines ulcérations tertiaires, par MM. DE BEURMANN et DELHERM. — Quelles sont les limites de l'infection syphilitique ? par MM. DE BEURMANN et DELHERM. — Xanthome tubéreux, par MM. HALLOPEAU, EMERY et LÉRY. — Acrodermatite suppurative continue, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas de lichen de Wilson en bandes, par MM. HALLOPEAU et GARDNER. — Hidrocystome, par M. DÉHU (Discussion : MM. BESNIER, DARIER.) — Sclérodémie ou myxoédème, par M. DÉHU. (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU, BARTHÉLEMY, JACQUET.) — Varicelle simple ou syphilitide varicelliforme, par M. RENAULT. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Sur une éruption vésiculeuse récidivante limitée à un seul doigt, par M. AUDRY. — Observations pour servir à l'histoire des pyodermites, par M. BERNARD.

M. ERNEST BESNIER. — J'ai l'honneur de vous faire part de la mort de M. Tommy Martin, attaché comme Conseil judiciaire à notre Société depuis sa fondation. M. Tommy Martin avait rendu les plus grands services à notre Compagnie, en particulier pour la reconnaissance d'utilité publique, et à propos des formalités relatives à la réception du don Zambaco.

Je prie M. le Secrétaire général Hallopeau de transmettre à la famille de notre regretté Conseil judiciaire honoraire, l'expression de nos sentiments les plus sympathiques.

Lupus tuberculeux amélioré par les injections de calomel.

Par M. DU CASTEL.

Pauline Tru..., 13 ans, entrée à l'hôpital le 13 février 1899, couchée au n° 24 de la salle Gibert.

Antécédents héréditaires, nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 3 ans. Régulée depuis l'âge de 18 ans, assez irrégulièrement.

A l'âge de 12 ans, la malade est atteinte d'un lupus qui débute sur la muqueuse nasale à gauche, s'étend assez rapidement, gagne la lèvre supérieure, provoque une gêne considérable de la respiration.

Soignée aux Enfants-Assistés par la galvano-caustique, elle sort de l'hôpital après neuf mois de traitement complètement guérie.

Pas d'autre maladie jusqu'au début de l'affection actuelle ;

La santé générale a toujours été excellente. On ne constate aucun symptôme de bacillose.

La malade avait 17 ans, quand débute sur le lobule du nez la lésion actuelle qui progressa rapidement.

Quand la malade entra à l'hôpital le 13 février 1899 (deux ans après le début de l'affection), elle n'avait encore suivi aucun traitement sérieux. Depuis trois ou quatre mois, elle prenait bien de l'huile de foie de morue, mais à doses très faibles et très irrégulièrement. Le lupus couvrait alors tout le nez, envahissait la lèvre supérieure considérablement épaissie et l'angle interne de l'œil gauche où il formait une masse assez considérable, bourgeonnante et ulcérée.

Les paupières de l'œil gauche étaient fortement œdématisées et la malade ne pouvait que les entr'ouvrir avec peine.

La lésion assez végétante présentait en plusieurs points des ulcérations.

Impossible de relever aucun antécédent, aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

On mit la malade à l'huile de foie de morue, puis, il y a huit semaines, fut faite la première injection de calomel (dose, cinq centigrammes) (25 mars 1899). Les injections ont été continuées régulièrement, à une semaine d'intervalle : la huitième a été pratiquée samedi dernier 3 juin.

Le résultat du traitement parut d'abord négatif. Le lupus gagna même un peu de terrain sur les côtés du nez ; et, sur la joue gauche, près du coin de la bouche, parut un petit noyau qui s'étendit et donna la plaque ovale qu'on y voit actuellement.

Les ulcérations étaient alors guéries.

C'est à la cinquième piqûre seulement qu'on commença à remarquer une amélioration sensible. La lèvre supérieure parut moins épaissie.

Depuis, les progrès se sont accentués, actuellement, l'angle de l'œil est presque complètement dégagé.

Sur le lobule du nez, la lésion, au lieu d'une masse confluyente, ne présente plus que des tubercules assez bien isolés. Sur les ailes et les côtés du nez, les progrès sont encore plus sensibles.

La lèvre supérieure a retrouvé en grande partie sa souplesse normale.

Les démangeaisons dont se plaignait la malade à son entrée dans le service ont entièrement disparu.

Les injections de calomel ont toujours été très bien supportées. Nullement douloureuses en elles-mêmes, elles n'ont jamais occasionné aucun malaise, rien que des élancements en piqure d'épingle qui commencent dix minutes environ après l'injection, se localisent dans la région nasale exclusivement et ne durent jamais plus d'un quart d'heure sans être jamais très pénibles.

Glossite scléreuse syphilitique chez une femme de 33 ans.

Par MM. F. BALZER et P. GAUCHERY.

Le B..., âgée de 33 ans, blanchisseuse, entre le 4 mai 1899, salle Lorry, pour des ulcérations très étendues, péri-buccales, génitales et péri-génitales.

Pendant son enfance, la malade a toujours été robuste. Réglée à 18 ans, exactement ; 2 grossesses suivies d'accouchement à terme, l'une à 22 ans, l'autre à 23 ans.

A 26 ans, en 1892, début de la syphilis par un chancre induré sur la grande lèvre ; le traitement antisiphilitique est institué. La malade ne paraît pas avoir remarqué sa roséole ; elle se rappelle seulement qu'elle a eu à ce moment des érosions buccales qui la faisaient souffrir. Pendant cinq ans, aucun accident ; cependant elle a toujours continué à se soigner. En 1897, elle vient consulter à l'hôpital Saint-Louis pour des accidents secondaires ; qui ont évolué progressivement, et dont le début est complètement ignoré de la malade.

A la salle Lorry, on l'examine, et l'on fait le diagnostic de syphilides papulo-tuberculeuses et papulo-érosives, des narines, de la cloison nasale, des lèvres supérieure et inférieure, d'une partie du menton, et de la joue gauche. La bouche présente, à ce moment, des lésions encore peu accentuées de glossite scléreuse et de labialite hypertrophique ; le pharynx porte en outre des traces de cicatrices scléreuses. Le traitement est institué : 3 grammes d'iodure de potassium, gargarismes au chlorate de potasse. Des lésions de stomatite contre-indiquent, à ce moment, le mercure.

La malade ne reste que douze jours dans le service ; au bout de trois mois de traitement continué chez elle, les accidents extérieurs disparaissent complètement.

Au mois de mai 1899, les accidents reparaissent ; elle est admise de nouveau dans le service, et voici ce qu'elle présente, sept ans après le début de sa syphilis :

Il y a une hypertrophie très accusée des lèvres, elles sont le siège de syphilides tuberculo-ulcéreuses, surtout la lèvre inférieure et les commissures labiales. Le menton a un aspect irrégulier, ficelé, ou pour mieux dire couturé par suite des cicatrices des lésions anciennes, disséminées au milieu de syphilides tuberculo-ulcéreuses récentes. Les lésions lin-

guales sont déjà très marquées : la langue est rouge foncé, un peu violacée, étalée; elle est séparée sur sa partie médiane antéro-postérieure par une scissure profonde de 3 à 4 millimètres, d'où partent à droite et à gauche d'autres sillons beaucoup moins profonds, qui vont se réunir irrégulièrement les uns aux autres vers les bords de la langue, en lui donnant un aspect ficelé caractéristique. La langue est large, ses bords portent l'empreinte des dents; les gencives, quoique douloureuses et violacées, ne présentent pas de lésions de gingivite bien marquées.

Sur le pharynx, on trouve des lésions scléreuses cicatricielles. La narine droite est en partie détruite; la narine gauche est à peu près intacte ainsi que la cloison.

La région péri-ano-vulvaire est le siège de lésions très étendues datant de trois mois environ. Les grandes lèvres sont très hypertrophiées, dures, tendues, recouvertes de nombreuses syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Les mêmes syphilides tuberculo-ulcéreuses présentent une surface suintante, déchiquetée, épaissie, s'étendant depuis le pénis jusqu'à 10 centimètres en arrière de l'anus, et recouvrant toute la région péri-vulvaire, le pli interfessier, les fesses, la face interne des cuisses au voisinage de l'aîne.

On prescrit deux pilules de Dupuytren par jour, l'iodure de potassium à la dose de 4 à 6 grammes, le sirop d'iodure de fer et des pansements à l'emplâtre mercuriel. Tous les ulcères se cicatrisent en trois semaines. Mais la langue ne présente actuellement aucune modification sensible sous l'influence du traitement.

Nous appelons l'attention surtout sur la localisation de la syphilis tertiaire sur la langue; la nature de la sclérose linguale n'est pas douteuse en présence de la coïncidence des syphilides tuberculo-ulcéreuses de la face et de la région péri-ano-vulvaire.

Chronologiquement, nous voyons cette sclérose linguale commençant à évoluer vers la 5^e année de l'infection syphilitique. Cette infection primitivement bénigne a été alors compliquée d'une glossite scléreuse pure, sans gomme concomitante appréciable, d'une ténacité remarquable et rebelle au traitement depuis deux ans.

Il n'y a pas d'autre cause apparente que la syphilis. L'origine tabagique est à écarter complètement, et du reste, on peut voir que la muqueuse est relativement saine et ne présente pas les épaississements cicatriciels ou leucoplasiques qui appartiennent plus spécialement à la glossite syphilitico-tabagique, plus particulière à l'homme. Il s'agit ici d'une glossite scléreuse tertiaire purement syphilitique.

La malade a toujours guéri assez facilement des syphilides tuberculo-ulcéreuses cutanées qu'elle a présentées. Sa glossite scléreuse seule demeure rebelle au traitement; la langue reste volumineuse et sillonnée profondément. Cette ténacité spéciale rapproche évidemment cette forme de glossite tertiaire scléreuse des autres scléroses d'origine spécifique dont l'évolution rebelle est accentuée tellement qu'on les a considérées comme étant de nature parasymphilitique plutôt que réellement spécifique.

Il y a encore une opposition manifeste entre cette glossite, scléreuse d'emblée, et la glossite gommeuse qui guérit ordinairement, bien qu'avec une certaine difficulté aussi. La glossite scléreuse pourrait donc être comparée dans une certaine mesure aux scléroses spécifiques du système nerveux central.

Notre pronostic est donc assez sombre en ce qui concerne les lésions de la langue chez notre malade. Déjà forcée de se traiter longuement pour les poussées de syphilides tuberculo-ulcéreuses qui ont récidivé chez elle, elle sera obligée manifestement de se traiter encore après leur guérison et de faire de la thérapeutique préventive. Nous tâcherons de savoir si elle obtiendra ultérieurement une certaine régression de la sclérose linguale, tout en ne l'espérant pas beaucoup, et en nous tenant pour satisfaits si elle peut arriver à enrayer son évolution progressive.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis de l'avis de M. Balzer quand il dit que les lésions linguales de la syphilis sont plus rares chez la femme que chez l'homme. On a attribué cette rareté relative à ce que les hommes fument, boivent davantage et prennent moins de soins de leur bouche que les femmes. Cela peut être vrai d'une manière générale; mais dans le cas particulier, cela ne contient pas toute la vérité. J'observe à Saint-Lazare des malades qui fument, boivent comme des hommes et qui ne soignent pas mieux leur bouche et font autant d'écarts de régime que qui que ce soit. D'autre part, ces malades, atteintes très vite de syphilis, négligent absolument le traitement spécifique et ne se soignent que quand elles y sont contraintes lors d'accidents contagieux. Or, dans ce milieu absolument choisi pour juger le débat, il y a des glossites infiniment moins fréquentes que dans la population masculine correspondante. D'autre part, je réunis en vue du Congrès de l'an prochain tous mes cas de syphilis linguales dont un certain nombre m'a été communiqué par notre maître M. Besnier. Or, j'ai réuni ainsi 53 observations de lésions linguales, tertiaires, sur lesquelles il n'y a que 3 cas de syphilis linguales féminines. C'est là une disproportion vraiment frappante.

Si les gommages de la langue guérissent d'une manière rapide et définitive, il n'en est pas de même de la forme scléreuse. En effet, on rencontre les variétés cliniques décrites par M. le Professeur Fournier, la forme gommeuse pure, la forme scléreuse pure et la forme scléro-gommeuse. Or, la forme scléreuse ne guérit pas plus à la langue qu'ailleurs. De même qu'on voit des scléroses viscérales résister au traitement, de même on constate que ces langues épaissies, dures, fissurées, ficelées, ne sont pas modifiées par le traitement le mieux appliqué. Les érosions, les ulcérations, les troubles fonctionnels disparaissent, mais la dureté, les fentes, les scléroses persistent. Et dans le cas que vous montre M. Balzer, je serais très surpris si l'on obtenait maintenant une amélioration quelconque. Il me semble que ces lésions scléreuses, quoique directement syphilitiques, ne s'amélioreront plus.

M. Fournier nous a dit qu'il avait obtenu des résultats inespérés en continuant un traitement intensif, soit par les frictions comme autrefois, soit par les injections de calomel ou d'huile grise comme on fait maintenant. Que notre cher maître me permette de m'associer à ce conseil et de proclamer bien haut les résultats très heureux et très décisifs obtenus par les injections de préparations mercurielles insolubles, qu'il s'agisse de calomel ou d'huile grise, ce sont en effet les moyens les plus sûrs et les plus efficaces qui soient actuellement à notre disposition. Contre les lésions linguales notamment, les *piqûres de préparations mercurielles insolubles* constituent le traitement de choix pour guérir à fond et sans récidive.

M. FOURNIER. — L'injection de calomel est le seul procédé qui permette quelquefois de venir à bout de ces lésions glossiques. Les frictions comme on les pratique aux eaux minérales à la dose de 12 ou 16 grammes, donnent elles-mêmes des résultats moins satisfaisants.

Quant à la localisation sur la langue chez l'homme, elle est tout à fait inexplicable.

Il est également prodigieux de voir combien la syphilis cérébrale est rare chez la femme, et dans la classe ouvrière, comme dans la classe bourgeoise; or dans la classe ouvrière, le surmenage cérébral ne peut être invoqué pour expliquer la prédominance chez l'homme.

Éruption séborrhéique et eczéma séborrhéique.

Par M. BARTHÉLEMY.

Je demande la permission de rapporter quatre faits d'éruptions séborrhéiques que j'ai eu occasion d'observer.

A. — Le premier cas me semble être un exemple de séborrhée pure, concrète, dure, grasse et pourtant sèche, écailleuse ou granuleuse. Cette éruption s'est faite assez rapidement, dans l'espace de quelques jours, au dire de la malade; en tout cas, elle était constituée entièrement quand je la vis pour la première fois. La malade était une femme d'une trentaine d'années, blonde, grasse, arthritique, nettement hystérique. Or l'éruption occupait symétriquement et exclusivement les deux paupières supérieures, qui étaient recouvertes d'une véritable carapace sèche, dure, écailleuse, de l'épaisseur de 3 ou 4 millimètres, d'un jaune soufre avec des lignes noirâtres, pigmentées comme on voit parfois sur certains mamelons. Cette affection était absolument indolente mais gênait les mouvements des paupières, et se présentait sous la forme d'écorce d'arbre striée d'un grand nombre de plis, de fentes divisant la croûte en une foule de petits quadrilatères à peu près égaux. A plusieurs reprises, je réussis à faire tomber cette croûte formée de séborrhée concrète et je trouvai la peau sous-jacente à peine rouge, à peine irritée et dans un état d'intégrité presque complète qui ne laissa pas de me surprendre. Dès le lendemain d'ailleurs la croûte avait reparu et ce n'est qu'au bout de six mois environ que la guérison fut obtenue, en peu de temps, à partir du moment où elle eut com-

mencé à se faire. Mitchell rapporte une observation semblable qu'il intitule séborrhée nigricans d'origine hystérique et dont le résumé a paru dans les *Annales de dermatologie*, janvier 1899, p. 104. Cette malade était dyspeptique, dermatographique, avec hypersécrétion nerveuse de séborrhée.

B. — Le second cas est relatif à un Espagnol d'une quarantaine d'années, nerveux, maigre, dyspeptique, à peau brune, épaisse, sèche, peu soignée, rarement baignée, et qui était porteur depuis des années de petites taches, disséminées sur le tronc seulement, de séborrhée sèche, concrète, pigmentée ou brune, nigricans, pure, grasse au toucher. Depuis quatre mois, il s'était développé un placard unique, vaste, hémicerclé, occupant le côté droit de la région antéro-latérale du thorax. Ce n'était ni de l'impétigo circiné, ni du favus, ni du trichophyton, ni du psoriasis, ni de la syphilis; de ces divers côtés, pas la moindre hésitation clinique à avoir, et du reste l'examen microscopique a été fait. En vérité, il n'y a pas d'autre étiquette à mettre que celle de placard de séborrhée concrète. La croûte était sèche, dure et pourtant grasse à l'écrasement, divisée en petits flots séparés les uns des autres comme sur les paupières de la précédente malade, de couleur soufrée, mais, contrairement à ce qui avait lieu dans le premier cas, reposait sur un étroit liséré d'un rouge vif. Cette photographie coloriée, de Méheux, en donne une idée parfaite. La guérison fut également obtenue très rapidement, c'est-à-dire en moins de quinze jours.

C. — Un troisième malade, jeune homme très vigoureusement constitué, simplement neuro-arthritique et non dyspeptique, était porteur depuis deux ans d'une éruption généralisée, à l'exception de la face, des pieds et des mains. Cette éruption était composée de taches ovalaires, de deux centimètres environ de longueur sur un de large, roses, nettement squameuses, mais les squames au lieu d'être fines, sèches, brillantes comme dans le psoriasis, étaient plus grasses, plus minces, plus étendues, d'un blanc gris, moins argentées et peu, fort peu prurigineuses. Le malade, gendre d'un de nos confrères de province, était traité pour du psoriasis, bien que les coudes et les genoux fussent restés indemnes. Il s'agissait, à mon avis, d'un type d'eczéma séborrhéique et je prescrivis un traitement exclusivement local avec prière de faire faire, au retour à domicile, une photographie coloriée. Huit jours après, l'éruption avait disparu sans qu'il ait été besoin d'applications iodées et si complètement qu'il fut impossible de prendre une photographie ayant quelque signification. Depuis plus de cinq ou six ans, l'éruption n'a jamais reparu, même partiellement. Je suis convaincu qu'il s'agissait là d'une de ces variétés d'eczéma séborrhéique qu'Unna a fait connaître; c'est pour cela que j'avais proposé pour cette dermatose la dénomination d'*Unnaria*, par opposition à celle de *Circinnaria* pour le cas précédent; car il faut des noms spéciaux pour les maladies spéciales et la dénomination d'eczéma est ici plus que défectueuse. Ici encore on pouvait éliminer à coup sûr la trichophytie, le pityriasis versicolore, le rosé, etc.

D. — C'est aussi d'éruption cerclée ou hémicerclée localisée à une seule région, le cuir chevelu, et se présentant sous l'aspect d'flots, de placards contours irréguliers, géographiques, comme dirait notre cher maître le

professeur Fournier, qu'il s'agit dans mon quatrième cas. Les taches roses, squameuses, occupaient, chez un enfant de 12 à 15 mois, toute l'étendue du sommet du cuir chevelu où s'étaient développés cinq ou six placards limités par des bords roses, plats, squameux, assez larges, à la surface desquels on ne pouvait voir aucun cheveu perdu ni cassé; toutefois la dermatose ressemblait fort à la trichophytie, à laquelle cependant le microscope a interdit de penser, d'accord cette fois avec la clinique. Ce n'était pas non plus l'impétigo ni de l'eczéma simple ou du psoriasis, toutes affections bien passées en revue avant d'en rejeter le diagnostic. Bref, cette éruption m'a paru ne pouvoir pas être autre chose qu'une dermite spéciale, développée dans la seule région où la séborrhée pure s'accumule volontiers chez les nouveau-nés, c'est-à-dire sur le vertex. L'affection durait depuis deux mois et avait été déjà traitée par divers topiques, par le père qui est médecin. Or, la guérison fut également obtenue très rapidement, c'est-à-dire en moins de quinze ou vingt jours au plus, si j'ai bonne mémoire.

Je ne rapporte que des faits cliniques vus et observés et je ne veux pas m'aventurer aujourd'hui sur le terrain des discussions doctrinales qui ne peuvent être échafaudées qu'avec des éléments divers, apportés par le microscope et les cultures maniées avec un talent spécial; mais, jusqu'à plus ample informé je persiste à penser que le véritable eczéma, celui qui mérite bien ce nom, est d'origine diathésique, c'est-à-dire développé en conséquence de fermentations internes devenues toxiques soit par superproductions soit par insuffisance éliminatrice.

D'autre part, il existe bien d'autres dermatites englobées sous la dénomination d'eczéma et qui ne sont que des affections cutanées d'origine externe.

C'est dans une de ces catégories d'eczéma d'origine externe par opposition aux eczémas d'origine diathésique, autotoxique et toxique, que doivent être rangés les faits précédents brièvement rapportés et comme synthétisés, les deux premiers sous le nom d'*éruption séborrhéique simple*, les deux suivants sous celui d'*eczéma séborrhéique*, c'est-à-dire d'éruptions dues à des parasites développés grâce au milieu favorable créé par la séborrhée. Dans le premier cas, la sécrétion de séborrhée n'est morbide que par son exagération et il n'y a même pas de rougeur sous-jacente. Dans le second cas, la séborrhée est toujours en excès, mais elle repose sur une base cutanée très rouge; dans le 3^e cas, la rougeur augmente et devient le symptôme dominant, la séborrhée ne forme plus que de minces lamelles à la surface; enfin, dans le 4^e fait, la séborrhée est toute ensemencée, elle est presque absorbée après avoir été l'élément indispensable à l'éclosion et l'observation ne trouve pour ainsi dire plus que de la rougeur, que de la dermite, que de l'eczéma.

Quoi qu'il en soit de ces vues, le fait à retenir de cette communication, c'est que, dans les quatre cas précédents, le traitement externe seul a été employé et a suffi pour amener une guérison définitive

et d'une rapidité surprenante. Ce traitement a consisté en applications, le soir, de préparations soufrées; le lendemain, de mélange oléocalcaire résorciné, puis en lotions naphtolées (naphtol B, 0.30 par litre), puis boro-borates. Voici d'ailleurs les deux formules que j'ai recommandées avec des savonnages soigneux :

Pour la préparation alcalino-soufrée :

Carbonate de potasse.....	1 gramme.
Soufre précipité et lavé.....	10 —
Baume du Pérou.....	2 —
Vaseline benzoïnée.....	12 —
Eau de laurier-cerise.....	} Q. S.
Alcool de menthe.....	
Huile de ricin.....	50 grammes.

et pour la préparation oléo-calcaire :

Huile végétale fraîche.....	70 grammes.
Eau de chaux.....	30 —
Résorcine.....	3 —
Vanilline.....	0,05.

Syphilis héréditaire tardive probable.

Par M. EUDLITZ.

L. E..., 38 ans, cuisinière, entre dans le service de M. le Professeur Fournier, pour une gomme en nappe de la jambe gauche. En l'examinant avec soin on ne retrouve aucune trace de syphilis acquise. Mais son interrogatoire permet de constater un certain nombre de points intéressants. Petite de taille, elle a les apparences d'une rachitique. Les os sont recourbés aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Du côté de l'avant-bras droit, on retrouve les traces d'une fracture qu'elle se serait faite il y a quelques années. A l'épaule droite, elle porte une vaste cicatrice dont elle ne peut expliquer l'origine. La dentition est très mauvaise et elle est atteinte d'ichtyose. Cette malade est évidemment une dégénérée. L'examen des oreilles fait par M. le Dr Hermet et celui des yeux pratiqué par M. le Dr Antonelli, ont fourni quelques renseignements intéressants. Sur le tympan gauche, M. Hermet a constaté, sur le segment postérieur, une cicatrice qui est, dit-il, manifestement la conséquence d'un écoulement de la caisse, qui doit dater de l'enfance et dont la malade a perdu le souvenir; à droite, sclérose du tympan.

Aux deux yeux, d'après les constatations de M. Antonelli, les papilles et leurs vaisseaux sont normaux. La périphérie du fond de l'œil, surtout à droite et dans le segment inférieur, présente des restes de chorio-rétinite rudimentaire sous forme de marbrures chorio-rétiniennes, de pigmentation grenue et de petites plaques de dépigmentation rétinienne. M. Antonelli ajoute que ces lésions représentent pour lui les stigmates rudimentaires d'une syphilis congénitale ou acquise en tout bas âge.

De par l'examen de la malade, on est porté à penser à une syphilis héréditaire tardive. On y incline d'autant plus que la malade, qui a fait trois fausses couches, dit être la seule survivante de toute sa famille. Sa mère aurait eu 17 grossesses; 16 des enfants conçus seraient mort-nés ou auraient succombé en bas âge. Elle croit savoir que son père aurait eu un enfant en dehors du mariage, qui serait bien portant.

Dermatite chronique pustulo-ulcéreuse en plaques.

Par M. DANLOS.

X..., 54 ans, journalière, entrée salle Bielt, le 22 avril 1899.

Antécédents. — Père et mère morts de vieillesse, sept frères et sœurs, tous bien portants. Pas d'antécédents morbides personnels, pas de syphilis. Mariée à 24 ans, avec un homme jouissant d'une santé parfaite, a eu trois enfants dont l'aîné âgé de 28 ans et le plus jeune de 23 sont très bien portants. Jamais de fausses couches.

La maladie a débuté, il y a quatre ans, par un bouton blanc siégeant au poignet droit.

Peu à peu, l'éruption formée d'éléments analogues, s'est étendue aux bras, au tronc et à la tête, sans déterminer de prurit ni de douleurs vives. Il est, du reste, difficile, à cause de l'intelligence peu développée de la malade, d'obtenir d'elle une réponse bien précise. En la pressant de questions on lui fait dire un peu ce que l'on veut.

A son entrée, elle était dans l'état suivant :

Membre supérieur droit. — La face antérieure de l'avant-bras et la face interne du bras forment une vaste surface rouge parsemée d'ulcérations.

Celles-ci, dont la dimension ne dépasse pas en général celle d'une pièce de vingt centimes, sont rondes, profondes d'une fraction de millimètre à fond rouge et plat, à bords inclinés non décollés. On ne rencontre nulle part les bords à pic et le fond pseudo-membraneux des ulcères syphilitiques. Sur nombre de points se voient des cicatrices, vestiges d'anciennes ulcérations. Les cicatrices sont beaucoup plus nombreuses sur la face postérieure de l'avant-bras qui est littéralement cicatricielle dans presque toute son étendue. La surface cicatricielle est lisse, non plissée, dépourvue de pigment à la périphérie. Au-dessus de cette nappe de cicatrices et lui servant de bordure se voit, au-dessous du coude, une bandelette rouge, large d'un travers de doigt qui représente la zone d'activité. Elle est parsemée d'ulcérations lenticulaires généralement isolées, sauf sur certains points où elles arrivent à confluence. Mêmes ulcérations lenticulaires sur fond rouge à la région deltoïdienne.

Membre supérieur gauche. — Il est beaucoup moins atteint. La zone active est également représentée ici par des ulcérations lenticulaires sur fond rouge. Les cicatrices des anciennes ulcérations sont entourées d'une auréole de pigment.

Tronc. — La partie postérieure est presque indemne. Sur le devant se voient quatre nappes pustulo-ulcéreuses et cicatricielles occupant les deux seins, le flanc droit et la partie droite de l'ombilic. Les plaques

mammaires sont larges comme la main et couvrent toute la région, sauf un îlot de réserve, grand comme une pièce de 5 francs, dont le mamelon occupe le centre. Elles sont cicatricielles dans presque toute leur étendue. La cicatrice lisse, unie, peu vasculaire et dépourvue de pigmentation périphérique, est parsemée d'ulcérations et de quelques pustules présentant le même caractère que sur les bras. Les ulcérations et les pustules sont plus nombreuses à la périphérie (zone d'extension). La plaque du flanc droit offre un aspect analogue. Sur le placard voisin de l'ombilic, les ulcérations ont formé par confluence une bandelette ulcéreuse périphérique, à bords irréguliers, avec tendance au décollement, sans que l'ulcération soit ici plus profonde.

Indépendamment de ces quatre foyers ulcéro-cicatriciels, on voit par places, dans le dos, sur la poitrine et le ventre, des cicatrices arrondies ou ovales, lisses, dont plusieurs ont une auréole pigmentée.

La figure est presque indemne. Au-dessus des sourcils et à la tempe gauche on voit cependant des cicatrices analogues à celles du tronc. Au-dessous des oreilles et dans la verticale auriculaire, existe, de chaque côté, mais surtout à droite où sa puissance rétractile détermine l'inclinaison de la tête, une bandelette cicatricielle. Sur l'œil gauche, les paupières sont soudées à leur partie externe, dans l'étendue d'un centimètre. Elles sont complètement privées de cils et la conjonctive offre sur le bord libre une apparence tomenteuse. A l'œil droit, mêmes lésions. Il existe, en outre, un ectropion de la paupière supérieure. La conjonctive profonde et les globes oculaires sont intacts. Le cuir chevelu, dans la plus grande partie de son étendue, surtout à la partie postérieure, est couvert d'ulcérations, toujours de même caractère, lenticulaires ou plus grandes par confluence, à fond rouge, entremêlées de vastes cicatrices, au niveau desquelles, aussi bien que sur les parties ulcéreuses, la calvitie est définitive. De la protubérance occipitale à la clavicule gauche, s'étend une bande érythémateuse couverte de cicatrices et d'ulcérations.

Membres inférieurs. — Rien à noter, sauf quelques cicatrices lisses, arrondies, avec une auréole pigmentaire.

Muqueuses intactes. Rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons. Ni sucre ni albumine dans l'urine. État général satisfaisant, pas d'amaigrissement; malgré la durée du mal, appétit conservé.

La ménopause a eu lieu à 44 ans; c'est six ans seulement après que le mal a débuté.

(Observation prise par M^{lle} Horowitz, externe du service.)

Depuis l'entrée de la malade l'état s'est notablement modifié, nombre d'ulcérations se sont cicatrisées, de sorte qu'aujourd'hui l'aspect est moins ulcéreux; mais les ulcérations ont gardé le caractère qu'elles présentaient à l'entrée, une tendance hémorragique marquée qui se traduit à chaque pansement par un suintement sanguin assez abondant. Malgré la cicatrisation de beaucoup d'ulcérations anciennes et le traitement, de nouvelles pustules n'ont pas cessé de se produire aussi bien dans la zone périphérique qu'au centre des plaques. Exceptionnellement, des pustules se produisent à distance sur tissu sain.

Un peu embarrassé pour établir le diagnostic de cette affection et amené par exclusion, malgré l'absence d'antécédents, à penser à la syphilis, j'ai demandé l'avis de M. Fournier, qui a cru pouvoir, après examen, conclure à un *phagédénisme syphilitique superficiel*. En conséquence, la malade a été mise au traitement spécifique (frictions quotidiennes, iodure de potassium, 3 grammes). L'iodure a été très mal supporté; sous son influence des pustules acnéiques à tendance végétante sont apparues sur le front et les pustules se sont multipliées sur le corps. La suppression de l'iodure, après huit à dix jours d'essai, a calmé cette poussée. Les frictions ont été continuées jusqu'à ce jour sans interruption et sans provoquer de stomatite. Sur les placards morbides j'ai fait appliquer d'abord des pansements boriqués; puis comme le renouvellement des pansements était très douloureux, du liniment oléocalcaire que l'on ne changeait que tous les deux jours. Sous cette influence, l'amélioration a été très manifeste, mais de nouvelles pustules n'ont pas cessé d'apparaître sur les placards. Plus tard on a pu mettre sur les plaques abdominales de l'emplâtre rouge. Aujourd'hui l'amélioration est, je le répète, considérable; mais s'est-elle produite sous l'influence du traitement? En un mot, devons-nous conclure à l'existence certaine de la syphilis? Après y avoir bien réfléchi, je ne le crois pas, non seulement à cause du manque d'antécédents, et de l'action manifestement nocive de l'iodure, mais surtout à cause des douleurs véritablement atroces que les pansements déterminaient chez cette malade. Avant l'emploi du liniment calcaire, elle éprouvait à chaque pansement des crises tellement douloureuses qu'elle en était arrivée à refuser toute nourriture. Les syphilitiques même couverts d'ulcères n'offrent habituellement rien de semblable. Mais si le diagnostic de syphilis doit être rejeté, à quoi avons-nous affaire? M. Du Castel a qui j'ai, au début, montré aussi le sujet, a pensé à une maladie de Duhring; et de fait, une fois, une seule, j'ai vu une petite bulle plissée présternale. Depuis lors, malgré une recherche minutieuse, l'infirmière n'en a pu trouver d'autre. Devons-nous donc conclure à une maladie du Duhring? Sans rejeter absolument cette hypothèse, je ferai observer que le cas actuel ne rentre pas, vu l'absence d'herpétiformité, dans le cadre de Duhring. Il ne rentre pas beaucoup mieux dans celui de Brocq. Certes l'affection est douloureuse, mais non spontanément, les douleurs, très vives pendant les pansements, n'existent pas en dehors d'eux. Au repos, il n'y a ni élancements ni prurit comme dans les dermatites de Brocq. J'ajoute qu'il n'y a pas non plus multiformité des lésions. Sauf la bulle unique dont j'ai parlé, toujours l'élément morbide a été une pustule et la forme primitivement pustuleuse de la maladie de Duhring est contestée. Enfin le caractère très ulcéreux et ultérieurement cicatriciel de la lésion est au moins exceptionnel dans cette maladie. M. Leredde, il est vrai, a

trouvé chez cette malade des éosinophiles dans les pustules et les lésions du sang qu'il considère comme caractéristiques. Mais les lésions hématiques sont aujourd'hui moindres et peut-être l'iodure n'a-t-il pas été étranger à leur production. Pour ces différentes raisons, il ne m'a pas semblé que je puisse présenter la malade comme un cas net de Duhring au sens américain ou même français du mot. C'est pourquoi j'ai intitulé l'observation dermatite pustulo-ulcéreuse en plaques.

M. LEREDDE. — J'ai examiné, à deux reprises, le sang de cette malade à un mois de distance. La première fois, j'ai constaté une éosinophilie légère, 5 p. 100. La seconde, l'éosinophilie était presque nulle, 3 p. 100. Le taux des polynucléaires était normal, lors des deux examens. Une seule fois, j'ai pu étudier le liquide d'une bulle, et j'y ai trouvé 10 p. 100 d'éosinophiles. Je ne suis pas en mesure d'établir le diagnostic de dermatose de Duhring, d'autant que la malade avait pris de l'iodure de potassium, et que ce corps a pu modifier l'équilibre leucocytaire. Il est cependant possible que cette malade ait eu une dermatose de Duhring observée à sa terminaison.

M. BROCC. — Cette malade exigerait un examen très prolongé pour permettre un diagnostic précis. Le type morbide ne répond pas à la dermatite polymorphe douloureuse, parce que l'affection n'est ni douloureuse, ni prurigineuse. Les cicatrices diffèrent de ce qu'on observe dans la dermatite polymorphe douloureuse cicatricielle limitée.

M. HALLOPEAU. — Il ne s'agit pas non plus d'une dermatite pustuleuse végétante en foyers à progression excentrique.

M. FOURNIER. — Je crois à la syphilis, en raison de l'amélioration qui s'est produite depuis un mois ; les cicatrices sont tout à fait d'aspect syphilitique.

M. DANLOS. — L'amélioration peut s'expliquer en grande partie par les pansements ; il se produit toujours des pustules nouvelles, je ne crois donc pas à la nature syphilitique des lésions.

Lymphangite tuberculeuse de l'avant-bras.

Par M. DANLOS.

V..., 54 ans, cordonnier.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 72 ans, atteinte de goutte.

Antécédents personnels. — Marié 2 fois. Première femme morte à 34 ans, phthisique, deuxième à 27 ans, de méningite tuberculeuse. Alcoolisme. Le malade a été soigné à Tenon, il y a dix mois, pour une gastrique éthylique. Pendant son séjour à l'hôpital, il fut pris d'une paralysie du bras droit avec un peu d'embarras de la langue. A la même époque, il eut une adénite sus-claviculaire qui s'abcéda après une semaine et suppura pendant cinq mois.

Entre à Saint-Louis le 24 mars ; il présente aux deux sommets, principalement au sommet droit, des lésions incontestables de tuberculose pulmonaire avec emphysème, et un état général assez médiocre. En outre, il porte, sur la face interne de la fesse droite, à quelques centimètres de l'anūs, un placard morbide grand comme la paume de la main, d'apparence plâtreuse, blanc, sec avec épaissement de la peau et adhérence extrême du revêtement épidermique. L'épiderme, enlevé par des applications humides, laisse apercevoir une surface papillomateuse sans ulcérations, ni abcès miliaires. Lésion analogue mais plus profonde sur la face des deux dernières phalanges de l'annulaire gauche (aspect papillomateux, suintement, etc.).

Au dire du malade, ces deux lésions cutanées sont contemporaines. Pendant sa paralysie, il avait, dit-il, de vives démangeaisons à la fesse et y portait souvent la main gauche. Il est donc très probable que les deux lésions cutanées sont la conséquence l'une de l'autre, soit que la fesse, inoculée elle-même par les matières fécales, ait inoculé la main ; soit que la main gauche, inoculée en essuyant la bouche, ait porté le bacille à la fesse.

Aujourd'hui, après un séjour de plus de deux mois à l'hôpital, l'état général s'est amélioré, la lésion pulmonaire, en raison sans doute de l'emphysème, n'a fait aucun progrès, le placard fessier, traité par des applications d'acide lactique et de la pommade au biiodure, a manifestement régressé, mais la lésion du doigt un peu négligée est restée stationnaire.

Elle s'est même compliquée, depuis quelque temps, d'une lymphangite bacillaire. Celle-ci se présente sous la forme d'un cordon qui, de la face dorsale du poignet, s'élève sur le dos de l'avant-bras et se divise au-dessus du coude en deux branches, qui contournant l'avant-bras l'un en avant, l'autre en arrière, vont aboutir au ganglion épitrochléen tuméfié et dur. Sur le trajet de ce cordon s'étagent, à la distance de quelques centimètres, de nombreux renflements nodulaires, qui soulèvent la peau au point d'être visibles, et répondent vraisemblablement aux valvules du lymphatique.

(Observation prise par M. Delhommeau, externe du service).

Forme temporairement larvée de maladie de Duhring.

Par M. DANLOS.

Dur..., infirmier retraité, âgé de 74 ans, entre le 9 mai 1899.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Hernie inguinale droite.

9 mai. Le malade entre salle Bichat, pour une éruption siégeant à la face interne des cuisses et des jambes, à la ceinture, au dos, à la nuque. Cette éruption date de huit jours, provoque, depuis son apparition, de fortes démangeaisons qui obligent le malade à se gratter jusqu'au sang. L'épiderme est eczématisé, surtout à la ceinture et à la face interne des cuisses. Le siège de l'éruption, les lésions de grattages, les cheveux et la barbe très longs du malade font faire le diagnostic de prurigo parasi-

taire, quoique cependant ses vêtements très propres ne contenaient pas un pou.

Traitement. Pommade oxyde de zinc.

Le 12. Trois jours après son entrée, par conséquent onze jours après l'apparition de l'éruption, le malade présente, sur la face interne du pied gauche, une bulle large comme une pièce de dix sous. Elle est pansée au liniment oléo-calcaire.

Le 15. Trois jours après, on constate sur les jambes plusieurs bulles plus larges que la première.

Depuis cette date le malade fait tous les jours des bulles de dimensions variables sur les jambes et les cuisses. L'éruption primitive a continué son évolution et les boutons ont envahi tout le tronc, les membres supérieurs, le dos, les fesses. Ils sont écorchés et mis au vif par le malade.

7 juin. L'éruption a peu varié. La dermatite est généralisée.

Les boutons du tronc et des membres supérieurs sont toujours très prurigineux. Le malade présente sur les cuisses, les jambes et les pieds, des bulles et des ulcérations, les unes rouges et suintantes, les autres en voie de cicatrisation résultant des bulles ultérieures.

État général faible. Bon état du tube digestif. Le malade tousse un peu.

Bronchite et cystite chronique.

(Observation recueillie par M. Delhommeau, externe du service.)

À l'entrée l'aspect de prurigo pédiculaire était typique, aussi ce diagnostic fut-il accepté malgré la propreté minutieuse du malade et l'absence de parasites. L'apparition des bulles montra qu'il s'agissait d'une dermatose de Duhring, et l'examen microscopique des bulles et du sang (Leredde) confirma le diagnostic rectifié. Ce cas prouve une fois de plus que dans les maladies à éruption polymorphe, la nature précise de l'affection ne peut parfois s'établir que par une observation prolongée.

M. BESNIER. — Il existe en effet une série de malades chez lesquels on croit pendant longtemps à la phthiriasse, et qui ont en réalité une dermatose prurigineuse d'origine interne.

M. LEREDDE. — L'examen du sang chez le malade de M. Danlos m'a donné les résultats suivants :

Hématies.....	3.703.600
Hémoglobine.....	10.25
Leucocytes	11.000
Équilibre leucocytaire : Polynucléaires	57 p. 100
Mononuléaires et lymphocytes...	16 —
Éosinophiles	21 —
Cellules non classées.....	6 —

Parmi les éosinophiles un certain nombre (le quart environ) est formé par des éléments altérés. Quelques mononuléaires sont basophiles à noyau ovale, très colorable

Dans le bulle, j'ai trouvé 75 p. 100 d'éosinophiles.

Le malade présente donc un type intense de la maladie sanguine qui se révèle par les phénomènes cutanés, décrits par Duhring.

Dans un premier examen du sang, fait il y a huit jours, l'éosinophilie sanguine s'élevait à 30 p. 100.

La diminution des hématies, de l'hémoglobine, l'augmentation légère de leucocytes sont des signes normaux de cette hémato-dermite.

Sur un cas de sclérodermie en bandes et en aires généralisées avec éruptions tuberculeuses, bulleuses et lichénoïdes.

Par M. H. HALLOPEAU.

L'histoire de M. Sél... peut être résumée ainsi qu'il suit :

Agé de 59 ans, il a été atteint il y a trois ans, sans avoir présenté d'autres antécédents dignes d'être notés, d'états morbides qui ont été qualifiés d'anémie et de neurasthénie compliquées d'œdème des avant-bras et des jambes avec démangeaisons intolérables. L'usage de purgatifs réitérés, de l'arséniate de soude, de strychnine, de la teinture de digitale n'ont amené aucune amélioration, non plus que l'iodure de potassium; le régime lacté exclusif, suivi en mai 1899, a provoqué une débilité excessive et le régime mixte institué en juin n'a pas donné de résultats. Après une saison à Forges, a paru aux jambes et aux bras une éruption qui a été considérée comme un eczéma.

Au mois de septembre de cette même année, M. Duguet formule ainsi son diagnostic : manifestations arthritiques diverses avec œdèmes de cette nature, eczéma, tendances sclérodermiques, un peu de gravelle et hémorrhoïdes; il pense à une goutte larvée et prescrit la liqueur de Fowler et le benzoate de lithine, alternativement, par période de quinze jours; depuis lors, cette médication a été suivie, avec addition, par intervalles, d'iodure de sodium.

Ultérieurement, les phénomènes de sclérodermie se sont accentués et sont devenus prédominants, malgré une amélioration survenue en 1898, après une cure à Royat, avec massage sous l'eau.

Les démangeaisons ont longtemps persisté.

Il s'est développé aux membres inférieurs et aux bras des saillies qui ont été appelées *tubercules* et ont persisté longtemps; quelques-unes d'entre elles semblent, d'après le récit du malade, avoir suppuré; elles ont disparu après la saison à Royat.

Plus récemment, il s'est produit, d'abord aux mains, puis au pied gauche, dans la région des reins et entre les épaules, une série d'éruptions bulleuses dont les plus récentes se sont affaïssées il y a peu de jours.

Actuellement, la sclérodermie a envahi toutes les parties du corps.

Elle s'y présente surtout en aires jaunâtres ou décolorées, indurées, dépilées; on en voit, particulièrement au-devant du thorax, de très limitées, arrondies, avec aréole violacée; d'autres sont énormes et occupent de larges surfaces du tronc ou des membres; la peau y est tantôt

épaissie, tantôt atrophiée; à leur pourtour, on voit, soit des surfaces rouges, saillantes, congestives, soit des zones pigmentées; au ventre, qui est ballonné, on voit mélangées ces parties décolorées et indurées et ces taches pigmentées; au visage, les joues sont intéressées, la barbe est tombée au niveau des parties atteintes; au cou, les plaques décolorées, épaissies et indurées, sont très étendues et entourées de zones pigmentées. Les membres supérieurs sont intéressés dans presque toute leur surface; on y voit d'énormes plaques indurées; les parties qu'elles épargnent sont rouges et saillantes; il y reste des saillies; au-devant du thorax, plusieurs plaques présentent l'aspect typique de la morphée; elles sont arrondies et saillantes, d'un jaune brillant, entourées de zones pigmentées.

Sur les parties latérales du thorax, les plaques indurées desquamant et offrent un aspect ichtyosique; aux jambes, la peau lisse, atrophiée, indurée, adhère aux parties sous-jacentes et ne peut être plissée, on y voit des cicatrices profondes et pigmentées consécutives aux éruptions tuberculeuses qui ont été mentionnées précédemment; elles avaient été suivies d'ulcérations; dans la région dorsale et sur les avant-bras, on remarque plusieurs groupes d'éléments brillants, décolorés, polygonaux, présentant dans leur partie médiane une dépression centrale qu'obture un bouchon épidermique; leur aspect rappelle singulièrement celui du lichen atrophique. La sensibilité est partout conservée; les mouvements sont très restreints.

Les muqueuses sont intactes.

Ce fait nous paraît digne d'être signalé en raison de la *multiplicité des lésions* (pas une partie du corps n'est épargnée), de leur *polymorphisme*, les unes représentant des plaques de morphée, d'autres des trajets rubannés (il est probable que ce sont des formes diverses de morphée); de la *coexistence de l'induration et de décoloration* contrastant avec la *souplesse des parties congestionnées ou hyperpigmentées*, qui les entourent; du *mélange, sur l'abdomen, de ces deux ordres d'altérations*; des *éruptions bulleuses* qui sont, à diverses reprises, survenues et représentent deux phases différentes de l'évolution des lésions qui offrent ainsi trois stades: *hyperhémie, hyperpigmentation, sclérose*; de la *production de tubercules* qui se sont ulcérés et ont laissé des cicatrices profondes; de l'*intensité du prurit*; de la *possibilité de guérison* s'il s'agit bien, comme il le paraît, d'une morphée géante et presque généralisée, et enfin de la *singulière analogie de plusieurs groupes d'éléments avec ceux du lichen atrophique*.

Du diagnostic entre le chancre infectant et certaines ulcérations tertiaires.

Par MM. DE BEURMANN et DELHERM.

Nous avons l'honneur de vous présenter les observations de deux

malades. L'une est atteinte d'un chancre syphilitique de la cuisse. L'autre présente, outre de nombreuses cicatrices, une gomme ulcérée de la racine du bras droit.

Nous avons été frappés de la ressemblance qui existe entre les deux lésions : c'est ce qui nous a décidés à vous communiquer une note accompagnée de deux moulages effectués par M. Jumelin, et d'une photographie due à notre externe M. Guyot.

OBS. 1. — *Chancre syphilitique de la face externe de la cuisse.* — La nommée F... vient à la consultation de l'hôpital Broca, le 20 mai 1899.

Antécédents héréditaires. — Absolument nuls.

Antécédents personnels. — A parlé et marché à l'âge normal.

N'a pas été malade dans son enfance.

Il y a deux mois environ, elle a constaté sur sa cuisse droite, l'apparition d'un bouton qui s'est ulcéré plus tard mais n'a jamais été douloureux. Actuellement le chancre mesure 4 centimètres de long sur 3 de large. Il est entouré d'une légère zone rosée. Il est bordé par un rebord assez saillant de coloration violacée. Le fond est de couleur chair ; tomenteux, un peu végétant, très coloré. La base est très nettement indurée. Le chancre est en voie de guérison. Il existe une adénopathie inguinale très nette.

Peu d'accidents secondaires. La roséole n'est perceptible que sur les lombes et les flancs, elle est très pâle, tire à sa fin. Il y a des papules disséminées sur la nuque ; et des syphilides acnéiformes à la face. Pas de lésions vulvaires. Pas de lésions buccales.

On fait comme traitement une injection quotidienne au cyanure de mercure (un centigramme) pratiquée dans la fesse.

30 mai. Les ganglions des différentes parties du corps commencent à se prendre. L'état général est assez précaire ; il y a de l'asthénie généralisée ; la malade ne mange pas, est toujours fatiguée. Nous nous proposons de suivre plus longtemps cette personne, mais après quelques injections elle a cessé de paraître à notre consultation.

OBS. 2. — *Lésions tertiaires gommeuses. Syphilis à marche rapide.* — Augustine R..., âgée de 25 ans, entre le 24 mai 1899, salle Astruc, lit n° 21.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 57 ans ; il n'a jamais été malade. La mère a eu 7 enfants dont 4 morts jeunes. Jamais de fausse couche. Pas d'antécédents personnels dignes d'être signalés.

Vers la fin du mois de novembre 1897, la malade a des rapports avec une personne syphilitique depuis trois ans environ.

Quelques jours avant la fin de décembre, elle constate l'apparition d'un bouton à la vulve. Trois semaines après apparaît une roséole caractérisée.

Le 2 février 1898, elle entre salle Van Swieten. Comme un certain nombre de malades, elle est traitée par les piqûres de kératine (procédé de Lalande).

Elle présentait à ce moment de la roséole, des plaques muqueuses. Ses cheveux tombaient. Ses organes génitaux étaient indemnes. Ce traitement n'ayant amené qu'une modification insignifiante des lésions, elle sortit après un séjour de trois mois, et revint tout les huit jours se faire faire une piqûre d'huile grise.

En juillet 1898, elle entre de nouveau dans le service pour des syphilides ulcéreuses du creux poplité et des jambes. On continue les piqûres hebdomadaires d'huile grise, on recouvre de Vigo les régions ulcérées, on lui donne 3 grammes d'iode de potassium.

Fin août, elle sort, quoique incomplètement guérie.

Le traitement est continué en septembre, néanmoins, le 27 de ce mois, elle entre encore à Van Swieten pour des lésions ulcéreuses du dos et des bras. On lui fait prendre 2 pilules de 1 centigramme de sublimé par jour et 4 grammes d'iode. Elle séjourne à l'hôpital jusqu'en février 1899.

Depuis sa sortie elle a toujours suivi le traitement mixte.

Le 24 mai, la malade demande à entrer salle Astruc.

Examen général :

Tête. — Sur le front on voit des papules très larges (pièce de 50 centimes).

Cou. — Syphilide pigmentaire très marquée.

Tronc. — Rien sur la face antérieure du thorax.

Abdomen. — A trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane, on voit deux larges plaques maculeuses de coloration rouge au centre, et brunâtre à la périphérie. Ce sont des cicatrices de gommages de la peau non adhérentes aux tissus sous-jacents.

Sur la face postérieure du tronc il y a aussi une cicatrice de gomme large comme une pièce de cinq francs, dans la fosse sous-épineuse gauche. — Au niveau de la région lombaire existe une cicatrice blanche. A la ceinture on voit une large plaque horizontale, longue de 13 centimètres large de 6. A la périphérie de la plaque, rien d'anormal, sauf un très léger liséré rose, large de 5 millimètres. Le fond de la plaque est rouge jambonné, et n'adhère pas au tissu sous-jacent. A 8 centimètres au-dessus du pli interfessier, existe une nouvelle plaque, horizontale, longue de 15 centimètres, large de 4, qui présente les mêmes caractères que la précédente. A 5 centimètres au-dessus, nouvelle cicatrice gommeuse non adhérente.

Membre supérieur droit. — A l'avant-bras, on constate la présence de deux cicatrices de gommages. — Sur la face postérieure du bras, au niveau de la racine du membre, existe la lésion qui a motivé la présentation de l'observation, et son rapprochement de celle de l'observation n° I.

A 3 centimètres au-dessous de l'acromion on voit une ulcération à contour ovoïde à grand axe vertical, à grosse extrémité supérieure, à petite extrémité inférieure, un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs. Ses dimensions sont de 5 centimètres dans le sens de la longueur et 4 centimètres transversalement. Il n'existe rien d'anormal sur la peau environnante. L'ulcération est bordée par un repli saillant de 3 à 4 millimètres de large, et de 2 millimètres de haut environ. La coloration du repli est rose clair, bleuâtre par places. Le fond de l'ulcération tel qu'il est représenté sur le moulage n'est pas tout à fait semblable à ce que nous avons constaté au début : la cause en est que le moulage a été effectué quelques jours après le début d'un traitement local par l'iodoforme en poudre qui a un peu desséché la surface.

Le jour de l'entrée de la malade dans le service, le fond de l'ulcération

était tomenteux, couleur rouge sombre, humide. A la palpation on constatait un léger empatement au siège de la lésion.

Rien à signaler au bras gauche.

A la jambe droite de nombreuses cicatrices jambonnées, identiques aux précédentes.

A la jambe gauche gomme profonde au niveau du tiers supérieur de la face postérieure.

Les ganglions sont augmentés de volume aux aines, aux aisselles, à l'épitrochlée, au cou.

L'état général de la malade n'est pas trop mauvais.

La première observation est remarquable par le siège anormal du chancre qui a été inoculé, sur la cuisse, d'une manière qu'il nous a été impossible de déterminer. Ce chancre, ignoré au début, s'est enflammé, étendu, et a persité pendant plus de deux mois, en sorte qu'il survit à la roséole presque éteinte et coïncide avec une poussée de syphilides papuleuses commençantes. Cette longue durée et cette extension du chancre ne sont pas rares lorsqu'il s'agit de chancres extra-génitaux cutanés.

La seconde observation est un cas de syphilis maligne, précoce et récidivante malgré le traitement classique administré sous toutes ses formes. Remarquons que cette malade a subi au début de l'infection le traitement par la kératinisation, que ce traitement a été administré dans le service, par le Docteur Lalande, lui-même, auteur de la méthode. Ce traitement, qui n'avait donné aucun résultat favorable contre les accidents existants au moment où il était appliqué, n'a de même préservé en aucune façon la malade d'accidents graves ultérieurs. Il s'est donc montré, dans ce cas comme dans tous les cas analogues, de valeur nulle.

Au moment où la malade est entrée à l'hôpital pour la dernière fois, le diagnostic de syphilide ulcéro-gommeuse de la peau ne faisait aucun doute. Les cicatrices nombreuses qu'elle présentait sur différents points de la peau étaient caractéristiques et les antécédents de la malade étaient trop bien connus pour qu'aucune hésitation fût possible. Mais si l'on n'avait vu que la lésion de l'épaule, on n'aurait pas été embarrassé pour faire le diagnostic de syphilis, mais on n'aurait pas pu dire s'il s'agissait d'une lésion tertiaire ou d'un chancre cutané.

En rapprochant les deux malades, comme nous rapprochons les deux moulages, l'analogie n'était frappante et les différenciations sensibles que par la présence d'une induration plus nette au-dessous du chancre. Les ganglions correspondants à la lésion première étaient indurés, mais ceux de la région afférente à la lésion tertiaire l'étaient aussi, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'il s'agissait d'une lésion dermique ancienne légèrement enflammée. Il y a donc lieu d'insister comme l'a fait M. Mauriac, sur la similitude absolue que peut pré-

senter l'accident primaire avec certaines ulcérations tertiaires et sur la nécessité où on se trouve dans certains cas de faire le diagnostic de la syphilis avec elle-même.

Si chez notre première malade il n'y avait pas eu toute la série des accidents secondaires : adénopathie, roséole, etc., nous aurions pu supposer que cette vaste ulcération était tertiaire, et en l'absence d'antécédents personnels nous aurions pu l'attribuer à de l'hérédosyphilis tardive.

Si nous n'avions pas connu l'autre malade, ou s'il n'y avait pas eu d'autre ulcération sur le corps, on aurait pu supposer qu'il s'agissait d'un cas de réinfection syphilitique. Il convient donc d'être toujours réservé dans le diagnostic quand on est en présence d'une lésion unique, et que l'on ne connaît pas d'une manière précise la marche de la maladie.

Peut-être des erreurs de ce genre expliquent-elles quelques cas de syphilis héréditaire tardive ou de syphilis doublées.

Quelles sont les limites de l'infection syphilitique ?

Par MM. DE BEURMANN et DELHEM.

Il est un certain nombre de lois fondamentales qui régissent l'apparition et la marche de la syphilis normale.

1° Elle s'acquiert par hérédité ou par contagion.

2° La prédisposition de l'espèce humaine à la contamination paraît ne pas comporter d'exceptions.

3° La vérole se manifeste par une série d'accidents dits primaires, secondaires et tertiaires.

4° Elle peut être suivie d'accidents appelés parasymphilitiques.

5° Il n'y a pas de réinfection.

Néanmoins quelques-unes de ces données générales sont soumises à des exceptions.

Certains individus contagionnés une fois, soit par hérédité, soit par contamination personnelle, semblent pouvoir acquérir encore un chancre auquel fait suite une roséole, des accidents secondaires, et même tertiaires.

D'autres au contraire, quoiqu'en contact avec le virus syphilitique, paraissent échapper à la contagion.

Les premiers sont les récidivants de la syphilis, les seconds en sont les immunisés.

A. Récidivants. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur cette question qui nous servira en quelque sorte de préambule et d'introduction au chapitre des réfractaires, et par antithèse fera saillir davantage les irrégularités de l'intensité de l'infection syphilitique qui

tantôt s'affaiblit rapidement, disparaît même, si bien que le sujet peut être de nouveau infecté ; tantôt se manifeste par des lésions graves ; parfois ne se révèle que par des accidents très tardifs et qui n'ont pas été précédés d'autre signe de vérole ; souvent enfin prolonge son action beaucoup plus longtemps, et étend son influence à une et même à deux générations.

La question de la réinfection syphilitique, depuis longtemps à l'ordre du jour, est encore une des plus discutées. Nous passerons en revue :

1° La réinfection chez les hérédosyphilitiques et chez les dystrophiques ;

2° La réinfection chez les hérédosyphilitiques seconds ;

3° La réinfection chez ceux qui ont déjà eu une syphilis acquise.

1° *Réinfection chez les hérédosyphilitiques et chez les dystrophiques.* — La question a été magistralement traitée dans la thèse de M. Edmond Fournier.

Pour M. Edmond Fournier il y a des dystrophiques, des hérédosyphilitiques vrais, enfin des sujets à la fois dystrophiques et hérédosyphilitiques.

Les dystrophiques sont de simples dégénérés, ils n'ont pas acquis la syphilis « en nature », et s'ils sont contaminés l'infection évolue sur un terrain indemne jusque-là.

Les dystrophiques hérédosyphilitiques et les hérédosyphilitiques ont reçu en nature la syphilis de leurs ascendants. Or, bien qu'il soit admis que la vérole ne se double pas dans les conditions ordinaires, il y a pourtant un certain nombre d'observations qui montrent qu'ils peuvent de nouveau acquérir la syphilis. M. Edmond Fournier, comme le remarquer M. Jullien, en a, dans sa thèse inaugurale, établi définitivement le principe et la fréquence. Nous ne citerons pas ici les observations de M. Fournier, auxquelles tout dernièrement M. Jullien ajoutait un cas très intéressant ; le sujet présentant, en outre de nombreux stigmates, l'absence congénitale des ongles. A l'hôpital Broca-Lourcine, il nous arrive assez fréquemment de voir des sujets affectés de stigmates héréditaires porteurs d'une nouvelle syphilis ; leur nombre a été d'une quinzaine l'année précédente. Du reste, dans nos salles nous en avons deux cas tout à fait caractéristiques.

Obs. 1. — La malade, âgée de 21 ans, est entrée le 25 avril salle Astruc. Le père, mort à 71 ans, a toujours été bien portant. La mère est également en bon état de santé. Elle se marie en premières noces et fait cinq fausses couches à 6, 7, 8 mois. Mariée une deuxième fois, elle a trois enfants morts, l'un à trois mois, l'autre à cinq semaines, l'autre à sept mois. Ensuite naît une fille qui vit, et enfin la malade que nous avons sous les yeux.

Antécédents personnels. — La malade a marché très tard, à 4 ans ; elle a parlé également très tard. Vers l'âge de 12 ans des gommès ont apparu sur les bras.

Le front est déformé, les bosses frontales sont saillantes. Le nez est déformé en lorgnette. Les dents sont mal implantées, espacées entr'elles, creusées en capsules, érodées. Les incisives et les canines supérieures manquent. La voûte palatine est ogivale. La malade est de taille peu élevée, son intelligence est très peu développée.

En mars dernier elle a contracté un chancre vulvaire, localisé à la petite lèvre gauche, qui était atteinte de sclérème. Une adénopathie inguinale très nette a été constatée à son entrée dans la salle, les autres ganglions n'étaient pas augmentés de volume. La roséole a été assez légère. On lui donne deux pilules de sublimé par jour.

Oss. 2. — *Antécédents héréditaires.* — Père vivant et bien portant, n'a jamais été malade. La mère n'a pas eu de fausse couche. Quatre enfants sont morts en bas âge à 13 mois, à 2 mois et à 6 mois.

Antécédents personnels. — La malade a marché tard, elle a parlé également tard. Elle a entendu dire qu'elle avait eu du coryza dans son enfance. A toujours été chétive et malade. A eu la rougeole et la varioloïde vers 8 à 9 ans. A été réglée à 14 ans, mais irrégulièrement.

Elle entre à l'hôpital pour des « boutons » vulvaires qui existent depuis deux mois.

Examen de la malade. — Aspect chétif, taille 1 mètre 44, asymétrie crânienne marquée, bosse frontale gauche très accusée. Oreilles et yeux normaux, nez un peu relevé. Dents jaunes, gâtées, incisives présentent le caractère typique des dents d'Hutchinson; molaires presque toutes cariées. Voûte palatine ogivale. Pas de stigmates sur le reste du corps; taches caractéristiques d'une roséole de retour. La grande lèvre gauche très augmentée de volume, sclérémateuse, est le siège probable du chancre. Sur la vulve et sur le pourtour de l'anus, syphilides papuleuses, ulcérées par places. Adénopathies inguinales, axillaires, épitrochléennes, cervicales.

Il ne nous semble pas nécessaire d'admettre pour que la réinfection puisse se produire que la syphilis antérieure soit guérie. Il suffit que l'infection soit atténuée. Or ici une partie des accidents, les plus virulents, se sont manifestés chez les générateurs; une partie chez le produit de la conception. La même syphilis passant par deux organismes différents se trouve très diminuée dans sa virulence, si diminuée que dans certains cas elle ne suffit même pas à vacciner le sujet, qui peut ainsi se réinfecter.

2^e *Réinfection chez les hérédosyphilitiques seconds.* — Les petits-fils des hérédosyphilitiques peuvent être des syphilitiques. Ils peuvent aussi être des hérédosyphilitiques au sens vrai du terme. Ces hérédosseconds peuvent-ils contracter une nouvelle syphilis? Cela nous paraît très probable, sans que nous puissions du reste en apporter la preuve. « Les hérédosyphilitiques, dit M. Jullien, peuvent rentrer et rentrent quelquefois sans distinction possible dans la catégorie des tertiaires, ils y figurent à un âge où ils sont aptes à procréer. » Les fils de ces hérédos ont certainement acquis une syphilis extrêmement atténuée par son passage dans trois organismes différents. Il

semble naturel d'admettre qu'ils doivent être plus aptes encore à être de nouveau contaminés. Si la réinfection était impossible à la deuxième et à la troisième génération, le nombre des syphilis aurait diminué dans des proportions considérables.

3° *Réinfection chez les sujets atteints de syphilis acquise.* — Cette question, une des plus discutées de la syphiligraphie, est loin d'être résolue à la satisfaction de tous.

Quoiqu'on puisse admettre que dans l'immense majorité des cas la syphilis ne se double pas, il semble néanmoins que dans des cas exceptionnels, le même sujet puisse être deux fois infecté.

Les observations ayant trait à la syphilis doublée et prise à une époque où la confusion entre le chancre mou et le chancre induré existait encore ne doivent pas entrer en ligne de compte. Parmi les observations récentes, bien peu remplissent les conditions exigées par M. Fournier. Nous citerons parmi les plus probantes celle de Oustinoff : un médecin contracte en 1890, un chancre suivi d'une roséole et d'une gomme ulcérée de l'amygdale. En 1898, nouveau chancre, nouvelle roséole, syphilides papuleuses plantaires. Il existe un certain nombre de faits du même genre ; la possibilité d'une vérole double semble établie bien que le fait soit très rare.

B. — *Immunisés.* — Nous insisterons bien davantage sur la deuxième partie de notre sujet qui a trait à l'immunité contre la syphilis. En opposition aux cas exceptionnels, mais incontestables où la vérole se produit deux fois sur un même sujet, il en est d'autres qui semblent montrer que certains individus sont, pendant un laps de temps variable, réfractaires à l'action du virus syphilitique. Ces faits peuvent se rencontrer : 1° chez les enfants issus de syphilitiques ; 2° chez les adultes.

1° *Chez les enfants issus de syphilitiques.* — On sait que la mère ne donne pas toujours fatalement la syphilis à son enfant. Si la mère contracte la syphilis dans les premiers mois de la grossesse, la transmission au fœtus est certaine. Si la contamination se fait vers le milieu de la gestation, l'infection de l'enfant est possible. Enfin entre le septième et le neuvième mois, une femme contractant la syphilis donne le jour à un enfant sain.

L'enfant né ainsi est-il réellement indemne de syphilis ?

Deux cas peuvent être discutés.

1° L'enfant quoique né sain de mère syphilitique ne peut être infecté.

2° L'enfant né sain d'une syphilitique peut être infecté par sa mère ou par une autre personne.

1^{er} Cas. — Si l'enfant ne peut être infecté, c'est qu'il a été immunisé. Cette immunisation nous paraît douteuse, nous ne saurions admettre que la syphilis acquise par la mère dans le dernier mois de la grossesse, puisse être atténuée d'une manière si rapide qu'elle soit capable de

vacciner l'enfant. Dans une étude récente sur l'immunité congénitale dans la syphilis, Ogilvie pense que rien ne prouve que la syphilis paternelle ou maternelle puisse conférer l'immunité; pour lui l'immunité congénitale est douteuse; nous sommes disposés à nous ranger à son avis. Ces enfants réputés sains issus de parents contaminés, sont certainement syphilitiques, mais leur syphilis est latente, pour une cause inconnue.

Cet état latent peut durer un temps plus ou moins long, après lequel l'infection se manifestera peut-être par des signes d'hérédosyphilis plus ou moins tardive.

2° L'enfant né sain d'une syphilitique peut être directement infecté. Il semble dès lors qu'on doive admettre qu'il ne s'était pas syphilitisé in utero, et était né totalement indemne, puisque la syphilis ne se double qu'exceptionnellement.

On a invoqué plusieurs causes pour expliquer la préservation du fœtus pendant la gestation. Pour les uns, le placenta s'opposerait au passage du contagé, d'autres soutiennent que la syphilis acquise dans les derniers mois de la grossesse n'a pas eu le temps de diffuser dans tout l'organisme. Il nous semble qu'au moment précis où tout le corps est fortement imprégné par le virus syphilitique, le placenta ne peut rester indemne, même quand il le paraît au point de vue macroscopique. Du reste, il est démontré aujourd'hui que non seulement les toxines mais encore les micro-organismes franchissent facilement cet organe. L'existence de lésions placentaires n'est pas indispensable, et il nous semble difficile de soutenir que l'enfant imprégné du sang maternel contaminé puisse demeurer indemne; nous croyons donc être en droit de penser qu'il est syphilitisé. C'est un héréditaire latent qui plus tard peut contracter la syphilis par lui-même.

Ces faits sont à rapprocher des observations d'héréditaires manifestes qui contractent une nouvelle syphilis, dont le nombre est de plus en plus grand.

En résumé, que l'enfant né sain se syphilise ou ne se syphilise pas plus tard, nous inclinons à penser que c'est un hérédosyphilitique latent, pouvant ou non se réinfecter.

2°. — *L'immunité chez les adultes.* — Certains sujets, quoique mis en contact une ou plusieurs fois, avec le virus syphilitique, paraissent réfractaires, et échappent aux accidents qui suivent d'ordinaire la contamination, plus tard ils font du tertiérisme. Ils semblent par conséquent avoir été immunisés pour les accidents secondaires, seulement. Ce sont des réfractaires à terme. Ils ne paraissent immunisés que parce qu'ils sont syphilitisés, mais ils sont atteints d'une syphilis qui ne se manifeste longtemps par aucun symptôme, mais qui peut tout à coup entraîner les plus graves conséquences.

Nous rappellerons les deux observations de Melchior Robert : il n'y

avait aucun antécédent de syphilis et pourtant le traitement guérit très rapidement les malades. Nous n'insisterons pas non plus sur les observations de Lancereaux, de Leudet de Rouen, qui peuvent être ramenées au même schéma. Ricord cite, dans une de ses cliniques, le cas de deux frères âgés l'un de 40, l'autre de 44 ans, atteints de perforation de la voûte et chez qui il fut impossible de trouver la moindre manifestation syphilitique antérieure. Les thèses de Jumon et de Lewin, inspirées par M. le Professeur Fournier, ont apporté un fort contingent à l'étude de cette question. L'année dernière, M. Charles Viannay, étudiant « La fréquence des lésions tertiaires sans antécédents chez les femmes dans le milieu hospitalier », apporte une statistique de 52 cas observés aux Chazeaux, à Lyon. Ces 52 malades présentaient des lésions osseuses, des ulcérations, des perforations du voile, des gommès ; l'interrogatoire aboutit à des résultats négatifs au point de vue de la syphilis et pourtant elles avaient un passé qui pouvait faire présumer d'une contamination antérieure presque certaine.

Enfin tout dernièrement, M. le Professeur Fournier cite le cas d'une malade affectée d'une syphilis qui a évolué de la façon suivante : Un homme a un chancre et des accidents secondaires et tertiaires, il se marie et a des enfants sains. Sa femme reste indemne, elle aussi, mais vingt et un ans après son mariage elle présente deux exostoses et une gomme musculaire. Nous bornerons là nos citations, qui pourraient être encore longues, et nous rapporterons deux observations personnelles dont l'importance est grande, parce qu'il s'agit de deux prostituées, soumises, pendant de nombreuses années, à la visite sanitaire, qui n'ont jamais été retenues, et dont l'une est restée jusqu'ici totalement indemne, tandis que l'autre vient seulement d'avoir des accidents tertiaires.

Obs. 3. — Prostituée de 37 ans. Pas d'hérédité connue. N'a jamais eu d'accidents syphilitiques. — Albertine R..., âgée de 37 ans, entre salle Astruc, lit n° 17, le 15 mars 1899.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 80 ans d'un accident ; il n'a jamais eu, parait-il, de taches sur le corps, ni d'ulcérations. La mère est morte d'un cancer du sein, elle n'a jamais eu de maladie, n'a pas fait de fausses couches. Elle a eu 13 enfants, dont plusieurs sont morts, à différents âges.

Antécédents personnels. — Elle a marché et parlé comme tout le monde, dit-elle, et n'a pas été malade dans son enfance. A 18 ans, elle est déflorée par un individu qui lui a toujours paru sain ; devenue enceinte, elle accoucha normalement d'un enfant qui vécut huit mois et mourut de diarrhée. Cet enfant était très sain.

La malade arrive à Paris, se livre à la prostitution, est prise dans une ralle de police, amenée à Saint-Lazare, dans le service du Dr Bourreau,

où elle est soignée pour la gale. Elle n'a pas pris de pilules, on ne lui a jamais fait de frictions mercurielles. On ne lui a cautérisé ni la vulve, ni la bouche. Pendant son séjour à Saint-Lazare, elle fait une fausse couche de huit mois. Elle l'attribue à un effort fait en déplaçant un lit.

A sa sortie de Saint-Lazare, elle entre dans une maison de prostitution, où elle est restée sans interruption depuis seize ans. Tous les huit jours elle a été soumise à la visite et elle n'a jamais été arrêtée.

Le 8 mars, elle a constaté une ulcération à la fourchette et a fait un pansement avec du calomel. Quelques jours après, elle vient à Lourcine. On ne trouve aucun signe de syphilis acquise ni héréditaire. A la vulve, au niveau de la fourchette, on voit une ulcération banale. On ne fait pas de traitement interne. La plaie est pansée avec des compresses d'eau bouillie. Huit jours après tout a disparu.

Cette observation montre que dans sa longue carrière, quoique mise en contact quotidien avec le virus syphilitique, cette femme n'a pas été syphilitisée. Elle peut donc, jusqu'à plus ample informé, être considérée comme réfractaire.

Ce cas peut être rapproché d'un autre presque calqué sur le premier. Pendant longtemps, la malade fut placée dans les mêmes conditions que celle de l'observation n° 1. Soumise comme elle à la possibilité d'une contamination pouvant se produire chaque jour, elle se considérait comme réfractaire à la syphilis.

Oss. 4. — Mathilde H..., âgée de 39 ans. Entre salle Astruc, n° 22, le 21 mars.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 76 ans, vit encore, et est bien portant. La mère est morte d'une hernie étranglée, elle n'a jamais eu de fausse couche. La malade a un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, a eu la rougeole et la scarlatine. A marché comme les autres enfants. A eu de l'incontinence nocturne d'urine jusqu'à 12 ans.

Elle a été déflorée entre 19 et 20 ans. On lui demande si à ce moment elle a perdu ses cheveux, si elle a eu des maux de gorge, des plaques muqueuses, des boutons à la vulve, des céphalalgies : le résultat de l'enquête est négatif.

A 21 ans, elle entre dans une maison de tolérance. Depuis ce moment, elle fume environ 50 c. de tabac par jour. Elle séjourne douze ans en Belgique ou en Hollande. A Anvers, elle est soumise à deux visites par semaine ; à Amsterdam, à Liège, à Verviers, une visite hebdomadaire, deux à Charleroi ; une à Mons. En France, elle habite Verdun (deux visites), Saint-Mihiel, Mézières, Dunkerque, Maubeuge, Givet, Romilly-sur-Seine, où elle est soumise à une visite ; elle passe par Cherbourg deux examens ; enfin, elle arrive à Paris, où elle a été soit en maison, soit en carte. Jamais elle n'a été arrêtée, jamais elle n'a subi de traitement d'aucune sorte, jamais on ne lui a fait de cautérisations buccales, ni vulvaires.

Durant son exode elle a séjourné dans différents hôpitaux pour une

bronchite chronique tenace. D'abord à Anvers (séjour de trois mois, soignée avec des ventouses et une potion ayant goût de rhum), à Liège (vésicatoires, même potion), à Charleroi (même traitement). Il y a cinq ans, elle a été à Saint-Antoine, dans le service de M. Ballet : elle toussait, crachait, était très gênée pour respirer. Elle y resta deux mois et demi et fut traitée par les ventouses et une potion à goût de menthe. En 1895, elle alla à Lariboisière, chez M. Duguët et subit un traitement analogue.

En novembre 1898, elle constata l'apparition d'une ulcération placée au-dessous de la commissure droite de la lèvre inférieure.

Elle entra à Lourcine, salle Van Swieten. La perte de substance était grande comme une pièce de un franc, et s'était produite sans douleur. M. de Beurmann ordonne du sirop de Gibert, et des applications d'emplâtre de Vigo. Durée du traitement, trois semaines. La guérison fut extrêmement rapide. Elle sortit vers le milieu de décembre. Depuis le jour de sa sortie elle cesse tout traitement interne.

Il y a trois semaines, apparaissaient deux grosseurs, une à la ceinture, l'autre au bras. Ces grosseurs indolentes se sont ensuite ulcérées. Presque en même temps, apparaissait une éruption papuleuse sur la face.

Sur le front, à droite, on voit une ulcération assez profonde, n'adhérant pas à l'os, d'une coloration rouge sombre, d'une indolence absolue, à bords surélevés et à fond à demi sec. La joue droite porte six éléments papulo-tuberculeux, disposés en C autour d'un élément absolument identique aux autres. Sur le cou existe un élément papulo-tuberculeux à coloration rougeâtre. Sur la face antérieure du bras droit, au pli du coude, on voit une ulcération gommeuse. A la ceinture, à droite, une perte de substance grande comme une pièce de cinq francs, rouge jambonnée. Traitement : 4 grammes d'iode, deux pilules de sublimé, emplâtre de Vigo. Le 25 mars, après un nouvel examen, on se décide à faire une piqûre d'huile grise. Le 2 avril, nouvel examen. Disparition complète des éléments circonscrits de la joue. Réparation presque complète de l'ulcération du front, la peau du cou, de la ceinture. Le 18 avril, il n'y a plus à leur place que des plaques rouge foncé, à aspect un peu cuivré. Depuis, la malade a subi deux visites à la Préfecture de police et n'a pas été arrêtée.

Jusqu'au mois de novembre dernier cette malade a pu donc se considérer comme réfractaire à la syphilis. Les observations où, pendant d'aussi longues années, l'examen hebdomadaire a été fait, et spécialement dans le but de rechercher la syphilis, sont rares et il nous a paru intéressant pour cette raison de citer ces deux cas.

Les prétendus immunisés ne le sont donc pendant un certain temps, que parce que leur syphilis évolue d'une façon latente ; un jour, cette fausse immunité cesse, et ils entrent dans le tertiariisme, ou encore, comme nous essayerons de le montrer plus bas, ils vont grossir le contingent des parasyphilitiques.

Nous envisagerons d'abord la manière dont ces pseudo-immunisés ont pu se contaminer. Nous étudierons ensuite quelques-unes des conséquences possibles de leurs syphilis.

Comment ces sujets se sont-ils contagionnés ? Il est parfois difficile de le dire aussi, quoique ce soient des faits connus et classiques, il nous paraît intéressant de les résumer rapidement.

Plusieurs cas peuvent être envisagés :

1^o On est en présence d'une syphilis héréditaire ultra-tardive. On sait que la syphilis héréditaire tardive se manifeste rarement après 28 ans, mais ce n'est pas une limite absolue, comme l'indique M. le Professeur Fournier. Il se peut qu'elle fasse son apparition à un âge plus avancé. Le cas est rare néanmoins. Aussi dans de nombreuses observations, les auteurs, tout en croyant à la syphilis héréditaire, ne se montrent pas absolument affirmatifs.

Nous ne ferons que signaler l'hérédité seconde, question encore neuve et sur laquelle il est difficile de se prononcer, mais si on admet la possibilité pour le syphilitique héréditaire de transmettre la vérole à son enfant, rien se s'oppose à ce que la syphilis n'évolue d'une manière spéciale, ne se manifeste que très tard, le sujet ayant paru indemne jusqu'à ce moment.

2^o Deuxième hypothèse : le malade a contracté la syphilis, et cette syphilis a été acquise dans l'enfance. Le chancre peut avoir été pris au sein. Il y a bien eu des manifestations secondaires qui ont passé inaperçues, puis s'est écoulé un long entre-acte qui a abouti au tertiérisme tardif. — Tantôt la contamination est plus tardive ; c'est un enfant qui en contamine un autre, des objets de toilette d'un syphilitique qui servent à un individu sain, une vaccination jennérienne, un attentat criminel, etc.

Ces cas sont plus fréquents qu'on ne pense, la syphilis infantile demande à être minutieusement recherchée pour être découverte. Dans la pratique de la ville il faut être déjà sûr du diagnostic avant de faire une enquête à ce sujet, aussi ne la fait-on pas dans les cas douteux.

La syphilis peut avoir été acquise à l'âge adulte, c'est l'époque où la contamination est la plus fréquente. Certains chancres anormaux, sont pris pour des affections banales. Si les accidents secondaires sont fugaces, l'erreur est complète : plus tard, très longtemps après, les lésions tertiaires apparaissent. Pendant ce laps de temps ces sujets au contact de lésions spécifiques où d'autres auront gagné la vérole, paraîtront indemnes ; ils se considéreront comme réfractaires.

On sait qu'il entre dans les mœurs de la syphilis acquise d'avoir aussi de longues périodes de pause. Entre deux des manifestations de la vérole il y a des « chaînons intermédiaires qui manquent », dit Ricord. Nous citerons une observation personnelle de ce genre. En 1893, une femme atteinte de gommes multiples vint nous trouver, elle avait été soignée par Cullerier, en 1857, et avait été soignée pour un chancre et des plaques muqueuses et n'avait eu dans l'inter-
valle aucun accident.

Il semble donc que beaucoup de ces réfractaires peuvent entrer dans cette deuxième classe. Nous pensons néanmoins qu'une large part de ces faits doit être imputée à la syphilis conceptionnelle.

Il est un fait qui frappe à la lecture des observations, c'est la fréquence bien plus grande de ces syphilis chez la femme. La statistique de M. Fournier porte chez l'homme sur 3,755 cas : dans 320 observations seulement la syphilis avait été ignorée ; soit 3,25 p. 100. Chez la femme, sur 387 cas de syphilis tertiaire, il a constaté 76 cas de syphilis tardive, non précédée d'accidents primaires ou secondaires : soit 18,86 p. 100. Il faut pour expliquer la différence une cause de contamination, spéciale à la femme, qui ne se rencontre pas chez l'homme : cette cause ne peut être que la syphilis conceptionnelle.

La loi de Colles veut qu'une mère qui procréé un enfant syphilitique puisse le nourrir sans être syphilitisée. Il y a une anomalie flagrante entre cette immunité, et la contamination syphilitique si facile par des accidents des nourrissons. Aussi doit-on adopter pleinement la proposition déjà énoncée il y a longtemps par Cullerier, et penser que si la mère ne contracte pas la syphilis de son nourrisson, c'est qu'elle est syphilitisée.

Tantôt cette syphilis maternelle ne se manifeste jamais par aucun symptôme, c'est d'une façon très atténuée, par une cause encore inconnue que la syphilisation s'est effectuée ; ces faits constituent la classe des pseudo-réfractaires à vie : la plus fréquente, d'après Hutchinson.

Tantôt le virus manifeste ses effets par des accidents tertiaires. Les accidents primaires et secondaires ne se sont pas produits, ou se sont produits « in utero », le tertiarisme est précoce, exemple l'observation de Charrier (Fournier. *Syphilis et Mariage*) où la malade, six ans après l'accouchement d'un enfant syphilitique, entre en plein dans les accidents tertiaires, sans que ce tertiarisme ait été précédé d'accidents secondaires.

Parfois enfin, toujours dans les mêmes conditions, l'apparition du tertiarisme est plus tardive encore.

Du reste, nous savons qu'il est dans les mœurs de la syphilis de demeurer silencieuse, pendant des périodes plus ou moins longues, variant de quelques mois à plusieurs années. Cette loi de la syphilis acquise, se confirme aussi par la syphilis conceptionnelle.

Pour nous, une grande partie des pseudo-réfractaires doit être rattachée à la syphilis conceptionnelle, une quantité moindre à la syphilis ignorée ; un très petit nombre enfin à la syphilis héréditaire, à la première ou à la seconde génération.

Dans quelle classe allons-nous ranger nos deux observations ? Nous ne saurions cacher l'embarras extrême dans lequel nous nous trouvons et combien il nous semble difficile d'interpréter les faits. Nous avons eu affaire à deux prostituées, soumises par conséquent à toutes les chances d'une contamination rapide.

Vu leur âge, 37 et 39 ans, il n'est pas classique de les mettre parmi les syphilis héréditaires tardives.

Nous pencherions pour la syphilis conceptionnelle pour la malade n° 1. Elle a été enceinte deux fois. La première grossesse a eu lieu à 18 ans ; elle a accouché d'un enfant sain qui a vécu huit mois, n'a eu ni tache sur le corps, ni éruptions, ni coryza, ni troubles oculaires et est mort, dit-elle, de méningite.

La seconde grossesse a eu lieu à 21 ou 22 ans, elle a abouti à une fausse couche de huit mois, c'est probablement à ce moment qu'elle a dû être contaminée.

Pour la malade n° 2, l'explication nous semble très difficile, et nous avouons l'impossibilité où nous nous trouvons de résoudre le problème. Elle aussi a été enceinte, il y a environ 8 ans, et sa grossesse a abouti à une fausse couche également à huit mois ; il semblerait donc qu'on pourrait conclure avec apparence de raison à une syphilis conceptionnelle. Mais d'autre part, nous savons que, depuis dix-huit ans, elle est dans une maison publique, c'est-à-dire que pendant dix années, avant sa fausse couche, elle a cohabité pour ainsi dire avec la contagion. On sait enfin, et il est admis, qu'une femme de maison est en général syphilitisée au bout d'un an de séjour. En tout cas, aucune d'elles n'échappe à la syphilis plus de trois ans après son entrée dans la prostitution (Barthélemy). Que conclure de ces contradictions ?

En somme, il est souvent très difficile de ramener à leur origine vraie ces cas de syphilis, latente pendant longtemps, et qui se manifestent tout à coup dans un âge plus ou moins avancé.

Il est encore un côté de la question que nous pourrions étudier : ce sont les rapports qui existent entre ces syphilis latentes et un certain nombre d'affections dont on tend de plus en plus à reconnaître la nature ou l'origine syphilitique ; nous nous bornerons à dire quelques mots du tabes, de la paralysie générale et de l'anévrysme aortique.

La majorité des auteurs actuels pensent que le tabes est dû à la syphilis. D'autres auteurs au contraire le rattachent à des causes banales : le froid, le rhumatisme, l'hystérie, les émotions morales.

Les adversaires de la théorie syphilitique du tabes invoquent les statistiques de Bernhardt (22 p. 100 de tabétiques avec antécédents syphilitiques), de Remak (20 p. 100), Westphall (14 p. 100), Fischer (15 p. 100). Dans ces statistiques, on voit que la syphilis s'était antérieurement manifestée par des lésions plus ou moins accusées. D'autre part, on sait que le tabes fait souvent son apparition chez les sujets dont la syphilis a évolué d'une manière bénigne. Au chancre initial fait suite une roséole légère, puis quelques plaques muqueuses, il y a peu d'accidents, ils sont peu intenses, la syphilis paraît à peine effleurer le malade, puis plus tard apparaît le tabes. Une statistique de

84 cas de M. le Professeur Fournier montre que 74 ont succédé à une « syphilis légère, très légère, parfois même inaperçue du malade ».

Ne pourrait-on pas admettre que des syphilis inaperçues pour le médecin, qui sont par conséquent des syphilis ultra-légères, des syphilis non traitées, ont été, dans les statistiques, la vraie cause d'un certain nombre de tabes que ces auteurs ont attribués à des causes banales.

D'autre part, les auteurs qui croient à l'origine syphilitique du tabes s'appuient sur les résultats suivants : Gowers trouve 70 p. 100, Seguin 72 p. 100, Rumpf 80 p. 100, Erb 89 p. 100, Fournier 90 p. 100, Alkan et Hirt 90 p. 100 syphilitiques certains parmi les tabétiques.

En présence de ces statistiques, qui donnent un tant pour cent si formidable de tabes avec syphilis avérée, ne peut-on pas croire qu'alors que la syphilis connue est si fréquente comme cause de tabes la syphilis inconnue, celle des pseudo-réfractaires, ne peut pas revendiquer une grande partie de ces tabes qu'on attribue à des causes banales comme le surmenage, l'hystérie, le rhumatisme ? Est-il déraisonnable d'admettre que la syphilis des prétendus réfractaires, au lieu de se manifester sur la peau comme dans notre observation par exemple, peut agir sur le système nerveux ? Nos malades sont bien dans les conditions indiquées par M. Fournier : Syphilis pas graves et non traitées.

On peut, pour la paralysie générale, arriver aux mêmes conclusions. On sait que pour Esmark et Essen qui, dès 1857, avaient signalé les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, la paralysie générale était toujours d'origine syphilitique. Depuis, sans aller aussi loin, on admet que les quatre cinquièmes des paralytiques généraux sont des syphilitiques. Le reste des cas reconnaîtrait pour cause l'alcoolisme, le saturnisme, les traumatismes, les émotions. Nous pensons encore qu'une large part de ces paralysies générales, inexpliquées au point de vue de leur origine syphilitique, se développe peut-être chez des syphilitiques dont la vérole a passé inaperçue, soit par absence presque totale de symptômes, soit par absence complète comme dans la syphilis conceptionnelle. Une statistique de Cullerle semble plaider en faveur de cette hypothèse.

Sur 39 femmes paralytiques générales, 8 étaient d'anciennes prostituées ; il n'y avait eu chez elles aucune manifestation de syphilis antérieure. Il n'est pourtant guère possible qu'elles n'aient pas été syphilitisées au cours de leur carrière. La paralysie générale se développerait aussi dans la vérole à manifestations peu graves et peu ou pas traitées.

Les rapports de la syphilis et des anévrysmes, longtemps mal connus ont été, dans ces dernières années, étudiés de nouveau par

MM. Dieulafoy, Jaccoud, Talamon, Legendre, Leuret, Verdier. On sait que la syphilis a une affinité toute particulière pour les tuniques artérielles : il n'y a pas de manifestation syphilitique qui ne comporte des modifications des vaisseaux. Le propre de la syphilis, comme l'a montré M. Lancereaux, est de déterminer des artérites circonscrites ; d'autre part, on sait que l'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artère est plus circonscrite.

Partant de ces données, on conçoit la fréquence de l'anévrysme dans la syphilis et on tend actuellement à la reconnaître comme cause de la majorité des ectasies vasculaires.

Le tant pour cent serait, pour Fraenkel de 47, pour Heiberg de 41,87, pour Thibierge 50, pour Spillmann 69, pour Malmsten 80,4, pour Welch 81.

Les vingt ou vingt-cinq pour cent d'anévrysmes non syphilitiques sont attribués à l'alcoolisme, au saturnisme, à des maladies infectieuses : paludisme, variole, pneumonie, fièvre typhoïde. Mais comme pour la paralysie générale et le tabes, à côté de cette statistique si considérable de 70 p. 100 environ d'anévrysmes syphilitiques, les autres affections invoquées ne peuvent-elles pas paraître sujettes à caution au moins dans beaucoup de cas ? Le chiffre de 70 p. 100, comme le remarque M. Spillmann, ne peut et ne doit être qu'un minimum. La syphilis échappe facilement aux investigations les plus minutieuses. Il nous semble donc qu'un grand nombre des anévrysmes attribués à des causes banales, doivent se rencontrer chez des pseudo-réfractaires. D'après M. Thibierge, les anévrysmes syphilitiques sont l'apanage des personnes jeunes, les non syphilitiques des personnes âgées. On sait, d'autre part, que les manifestations syphilitiques des pseudo-réfractaires se produisent en général à un âge assez avancé de la vie. Serait-il déraisonnable de croire que ce sont précisément ces syphilis qui produisent les anévrysmes des gens âgés ? Somme toute la lésion est la même dans les deux cas. Pour la gomme, il y a d'abord des lésions des vaisseaux, pour l'anévrysme il y a infiltration des cellules embryonnaires des vasa-vasorum, formation de tissu cicatriciel, insuffisance de résistance de ce tissu, dilatation du vaisseau.

Pour M. Spillmann, les anévrysmes tardifs devraient être rangés parmi les affections parasymphilitiques. Cette classification ne nous semble pas suffisamment justifiée, car, le plus souvent, le traitement antisymphilitique a raison de ces ectasies.

Si nous résumons la question du tabes, de la paralysie générale et de l'anévrysme dans leurs rapports avec la syphilis, nous voyons, que d'une part, sur 100 cas, 70 à 80 peuvent être nettement rattachés à un syphilis connue, reste donc 20 à 30 p. 100 rapportés à des causes banales. D'autre part, il existe un grand nombre de syphilitiques sans le savoir : ceux qui ont une syphilis acquise extrêmement

bénigne; ceux, et ils sont très fréquents, qui sont devenus spécifiques par conception; les hérédosyphilitiques vrais sans stigmates, etc.

Nous croyons que ces faits sont assez nombreux pour compenser l'insuffisance de la statistique de maladies qui sont considérées comme de nature ou d'origine spécifique, et d'affermir ainsi le domaine de la syphilis.

Enfin, il est un dernier point que nous devons discuter. Le nombre des syphilitiques est grand, celui des tabétiques et des paralytiques généraux est comparativement très restreint. Sans doute il est permis d'admettre que ces affections se développent de préférence chez des syphilitiques dont le système nerveux est prédisposé pour une raison quelconque. Néanmoins, dans certains cas, on ne trouve aucune tare héréditaire, aucune cause personnelle d'affaiblissement nerveux.

Il nous semble qu'on peut faire entrer en ligne d'autres causes. Quoiqu'il soit admis qu'en général la vérole ne se double pas, il en existe néanmoins des exemples.

Or une nouvelle syphilis n'implique nullement que la première soit guérie. Il y aurait donc surinfection, et comme conséquence possible des accidents graves du côté du système nerveux.

En outre, on doit admettre que les hérédosyphilitiques et les dystrophiques peuvent subir une nouvelle contamination; on est donc forcé de conclure qu'ils ont subi deux empreintes de la syphilis. La tare héréditaire et la tare personnelle en font des spécifiques d'une nature particulière. L'infection que le sujet a contractée évolue pour son propre compte, mais rien ne prouve que celle qu'il a reçue des parents ne puisse aussi évoluer. Si plus tard le malade devient ataxique, ne peut-on pas penser que c'est à cause de cette surinfection? Il serait certainement intéressant de rechercher chez les ataxiques, chez les paralytiques généraux, etc., si leurs parents n'étaient pas syphilitiques, s'ils n'ont pas présenté des accidents d'hérédosyphilis, si enfin ils n'ont pas été des héréditaires latents, la mère ayant eu la syphilis dans les deux derniers mois de la grossesse?

CONCLUSIONS. — Nous avons insisté sur la fréquence de la syphilis, méconnue ou inconnue, en montrant ses formes et ses origines multiples. Tous les sujets réputés réfractaires à l'infection syphilitique doivent être considérés comme déjà syphilitisés.

Nous avons vu qu'il est impossible de fixer le moment auquel un sujet échappe aux conséquences de la syphilis de ses ascendants.

Nous avons tâché de montrer que malgré la vérité clinique de la doctrine classique de la non-infection, un grand nombre de sujets peuvent être infectés alors qu'ils portent encore l'empreinte d'une syphilis antérieure ou ancestrale.

Pratiquement, il serait très important de savoir à quel moment et

dans quelles conditions un syphilitique, un hérédosyphilitique ou un dystropho-syphilitique, peut être inoculé d'une nouvelle syphilis, mais cela nous semble impossible jusqu'à présent.

Le grand nombre des cas de syphilis ignorée, inconnue ou latente, compense très largement l'insuffisance des statistiques les moins favorables à l'origine spécifique du tabes, de la paralysie générale, et des anévrysmes.

Enfin, il serait intéressant de savoir si les syphilitiques, les hérédosyphilitiques ou les dystropho-syphilitiques, qui contractent la syphilis sont atteints d'une façon légère par cette seconde infection, ou bien si ce ne sont pas eux au contraire qui sont prédisposés aux affections les plus graves du système nerveux telles que le tabes et la paralysie générale.

Xanthome tubéreux diabétique.

Par MM. HALLOPEAU, EMERY et LERI.

X..., 38 ans, journalier, entre le 5 juin, salle Bazin.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rien à noter. Tempérament arthritique, mais pas de rhumatismes. Aucun antécédent cutané ni familial, ni personnel. Il y a trois mois environ, ce malade, atteint subitement de faiblesse générale, fut obligé de s'aliter; le médecin appelé constata la présence d'une glycosurie abondante. Le malade subit de ce fait un amaigrissement considérable. Un mois environ après la cessation d'un traitement qui avait réparé en partie ses forces, sans supprimer cependant totalement la glycosurie, est survenue tout à coup une éruption localisée à l'origine sur les avant-bras et constituée par de petits éléments perlés semblables à de l'acné miliaire. L'éruption ne tarda pas à se généraliser et, moins de deux mois après son début, elle atteignait son plein développement.

Actuellement, on constate trois variétés d'éléments éruptifs caractérisés ainsi qu'il suit : 1° *petites nodosités miliaires* : ces éléments initiaux sont actuellement assez rares ; ils siègent particulièrement à la face antérieure des poignets, sur la poitrine, sur le dos, etc. ; ils sont de couleur jaune clair, nettement hémisphériques et de la dimension d'une tête d'épingle environ. On ne peut en vider le contenu par la pression entre deux doigts ; l'expression en fait sourdre seulement une petite goutte de sang ; 2° *éléments papulo-tuberculeux* constitués par la simple agglomération des petits nodules miliaires primitifs ; ils forment de petits noyaux durs, tuberculeux, mamelonnés, de couleur exclusivement jaune pâle ; 3° *grands éléments à type tubéreux* d'un volume plus considérable encore ; ils atteignent la dimension d'une noisette ou d'une pièce de vingt centimes ; ils siègent sur tout sur les coudes ; leurs contours sont irréguliers, frangés ; leur forme générale est plutôt aplatie. Ils sont d'une couleur rouge, sur laquelle tranche le piqueté jaunâtre des petits éléments nodulaires qui les parsèment.

Ces nodules punctiformes, criblant littéralement les tubérosités, donnent à leur surface un aspect irrégulier et grenu.

Tous ces éléments éruptifs sont survenus sans provoquer la moindre douleur, ni le moindre prurit et sans en avoir été précédés.

Le toucher ne provoque pas davantage la moindre sensation douloureuse.

L'exploration digitale donne seulement une sensation de dureté fibreuse très marquée. La couleur rosée des éléments s'efface momentanément à la pression. On constate encore leur mobilité parfaite sur le plan profond. Ces tubérosités sont exclusivement enchâssées dans le derme.

Tels sont les caractères généraux de la plupart des éléments qui constituent l'éruption. Il faut noter cependant quelques particularités objectives, consistant en la présence de croûtelles sur certains éléments ; d'autres sont simplement recouverts de squames sèches peu abondantes et très adhérentes. D'autres éléments enfin, tout en présentant une surface vernissée, sont entourés d'une petite zone desquamative semblable à la collerette de Bielt.

Ces éléments squameux siègent de préférence sur les points où la peau subit généralement une transformation cornée, c'est-à-dire au niveau des genoux et des coudes. Cette desquamation, avec ou sans croûtelles, existe encore assez généralement sur les éléments qui siègent sur la face postérieure des cuisses et sur les mollets.

Ces éléments éruptifs sont, ou bien isolés et clairsemés, notamment sur le ventre, le dos, les mollets, la face postérieure des cuisses, ou bien au contraire agglomérés et confluent, formant des placards plus ou moins étendus, notamment sur la face postérieure des avant-bras ainsi qu'au niveau des coudes et des genoux.

Il est quelques sièges spéciaux à noter ; ils ne sont autres que ceux qui ont été signalés comme étant les localisations habituelles des xanthomes tubéreux diabétiques. Ces sièges sont ceux qui, en général, sont le plus exposés aux froissements, tels que la région olécrânienne, les genoux et les surfaces articulaires dorsales des mains (articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes). Ces derniers éléments sont rares et isolés.

On constate encore dans la bouche du malade, sur la face interne des joues, et sur les côtés de la langue, de petits éléments de la grosseur d'une tête d'épingle, de couleur jaune et donnant au doigt qui les explore la sensation d'un corps dur, enchâssé dans la muqueuse.

Sur le côté gauche de la langue, on constate une érosion superficielle irrégulière de contours et bordée par un liséré épithélial blanchâtre.

Fait important, le malade ne présente aucune éruption aux paupières non plus qu'à la verge, ni aux plis de flexion des mains (sauf une exception, sous forme tubéreuse, pour le pouce de la main droite), localisations habituelles du xanthélasma plan.

Il faut remarquer aussi que l'ensemble éruptif prend, en certains points, une disposition en série linéaire, en bande zosteriforme : elle est manifeste sur les bords cubitiaux et sur la face antérieure des cuisses.

Quoi qu'il s'agisse manifestement ici d'un xanthome tubéreux

diabétique, on ne constate pas de nodosités inflammatoires : il n'y a pas de processus irritatif, pas d'auréole érythémateuse; quelques rares éléments seuls, au niveau des mollets, recouverts d'une croûte, ont un aspect suppuratif. En revanche, comme cela a été souvent constaté dans les cas semblables, l'éruption a évolué avec une rapidité extrême; sa poussée a été très aiguë, car l'éruption généralisée est arrivée à son apogée en moins de deux mois. Enfin le caractère exclusivement tuberculeux et tubéreux de l'éruption complète le tableau classique du xanthome lié à la glycosurie.

Si le xanthélasma plan et le xanthome tubéreux ont été parfois rencontrés chez le même sujet, si bien que des auteurs éminents auraient dit que c'étaient là les manifestations d'une seule et même maladie: les cas semblables à celui-ci, tant par leurs caractères objectifs que par leur localisation et leur évolution, tendraient au contraire à les faire différencier nettement l'un de l'autre.

Nous ne discuterons pas ici les différentes théories pathogénétiques auxquelles ont donné lieu ces xanthomes tubéreux liés à la glycosurie : nous rappellerons seulement l'hypothèse formulée par l'un de nous, hypothèse d'après laquelle la glycosurie serait liée à une localisation pancréatique des xanthomes viscéraux dont on a souvent constaté la coexistence avec ces xanthomes tubéreux de la peau ; elle est la plus vraisemblable.

En résumé, ce fait est intéressant par l'aspect des éléments initiaux qui rappelle celui de pustulettes miliaires, par l'existence de saillies et tumeurs avec un soulèvement épidermique qui simule la collerette de Bielt et pourrait faire penser à des syphilides par les localisations si typiques sur les faces convexes des coudes et des articulations des doigts, par la petitesse et la multiplicité des éléments simples, par l'existence de lésions buccales caractéristiques, enfin par la marche si aiguë, le début tardif de la maladie et par l'abondance de la glycosurie.

Acrodermatite suppurative continue.

Par M. HALLOPEAU.

Dav..., âgé de 55 ans, a déjà été soigné pendant deux mois à la salle Bazin, en 1892, et présenté à la Société de Dermatologie, le 22 avril de cette même année. Nous rappellerons les faits suivants :

Il fait remonter à 18 ans le début de l'affection; auparavant sa santé avait été bonne; il avait seulement, depuis son enfance, un psoriasis qui a toujours conservé les caractères des plus bénins et est resté limité aux coudes et aux genoux. Pas d'antécédents héréditaires.

Sa maladie a débuté consécutivement à un coup de marteau sur le pouce gauche avec pénétration d'une écharde qui a déterminé une suppuration

sous-unguéale. Cette suppuration formée de soulèvements purulents, d'abord limités au pourtour du pouce, puis de l'index et du médus, s'est généralisée plus tard à toute la face palmaire des autres doigts de la main.

Depuis lors, les foyers purulents se sont étendus à toute la face palmaire des mains et se sont incessamment reproduits.

La main droite a été moulée par M. Baretta.

Le malade a contracté la syphilis en 1892, et n'en a eu d'autre manifestation qu'une éruption papuleuse passagère.

Actuellement, nous constatons les altérations suivantes :

1° *Main droite.* — Face palmaire : Elle présente une coloration rouge pâle, sur laquelle tranchent des flots purulents d'un blanc jaunâtre ; ces flots sont disposés en foyers dont le volume varie d'une tête d'épingle à celui de nappes étendues à contours irréguliers et polycycliques : aucun de ces foyers purulents ne forme de saillie appréciable. Le plus étendu d'entre eux occupe la partie moyenne de la région et remonte jusqu'au pli du poignet. L'épiderme est plus épais sur les parties desquamantes. Sur les parties rouges, il est au contraire aminci et paraît plissé. Il existe des plis radiés sur la face dorsale du pouce.

L'épaississement de l'épiderme est prononcé au niveau des sillons, particulièrement du sillon transverse antérieur, où la couche cornée atteint 5 millimètres d'épaisseur ; il y est le siège d'un dépôt purulent. Des soulèvements purulents semblables se trouvent à la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts. Au niveau des phalanges, les couches cornées sont presque entièrement tombées : il ne reste plus qu'un mince feuillet épidermique d'un rouge intense et parsemé d'flots purulents.

L'altération ne s'étend pas au-dessus du poignet où elle ne consiste plus qu'en un plissement de la peau avec rougeur.

Face dorsale : Sur le dos de la même main, les altérations sont limitées à une partie des doigts. Les ongles sont tombés ; leur matrice est soulevée par les foyers purulents qui viennent d'être décrits ; le lit de l'ongle de l'auriculaire se continue directement avec la peau de la phalange. Le rebord des autres ongles est très peu prononcé et indiqué seulement par un sillon transversal desquamant. Au niveau de l'annulaire et du médus, on remarque une légère kératinisation.

Les phalanges des trois doigts médians sont en flexion sur les phalangettes. L'épiderme est plissé sur la face dorsale de celles-ci.

Les plis interdigitaux sont rouges et desquamants.

Dans l'espace qui sépare les têtes des métacarpiens, on voit une partie rouge qui répond à une excoriation récente.

2° *Main gauche.* — Ses altérations sont identiques à celles qui viennent d'être décrites. Les phalangettes de l'index et du médus sont légèrement étendues sur les phalanges. De temps en temps, le malade accuse un peu de cuisson ou de prurit ; il n'y a pas d'asphyxie locale des extrémités, les pieds sont exempts d'altérations.

Les lésions actuellement constatées chez le malade ne diffèrent de celles qui ont été constatées il y a sept ans que par leur plus grande

extension : cette extension s'est faite en nappe, mais n'a pas gagné en profondeur. De plus, il y a sept ans, les ongles étaient seulement soulevés par une kératinisation incomplète ; sur leurs bords se voyaient des foyers purulents et des croûtelles, restes de foyers disparus : ces lésions en ont amené aujourd'hui la chute définitive.

L'examen du liquide purulent, pratiqué dans notre laboratoire, par M. Laffitte, y a décelé la présence, en quantité considérable, du staphylocoque doré.

Les diverses particularités indiquées par la dénomination que nous avons donnée à cette dermatose se trouvent incontestablement réunies chez ce malade ; il s'agit en effet d'une inflammation ; elle est *suppurative*, elle est *rigoureusement limitée aux deux extrémités* ; enfin elle peut être qualifiée de *continue*, puisqu'elle se renouvelle incessamment depuis dix-huit ans.

Lors de notre première présentation, Vidal a émis l'hypothèse d'une trophonévrose ; depuis lors, à propos d'un fait analogue, cette théorie a été de nouveau soutenue par MM. Dubreuilh et Frèche ; M. Audry la renouvelle à propos d'un cas d'acro-dermatite vésiculeux qu'il communique aujourd'hui.

Nous ne trouvons cependant dans cette éruption aucun signe de trophonévrose ; il y a eu des cas avec asphyxie locale ; elle fait défaut chez ce malade.

Dans le fait de MM. Dubreuilh et Frèche, dont nous avons pu suivre l'évolution dans notre service, la maladie n'est pas restée limitée aux extrémités ; après plusieurs mois elle s'est généralisée en offrant le caractère de l'impétigo herpétiforme.

Les faits s'expliquent suffisamment par la pénétration et le développement sous l'épiderme d'agents infectieux qui s'y multiplient ; ils sont, selon toute vraisemblance, représentés ici par le staphylococcus aureus.

Il est probable que l'épiderme palmaire et unguéal, en raison de sa grande épaisseur, constitue pour ces parasites un milieu favorable. La localisation des altérations aux mains est remarquable chez ce malade : elle prouve que ces extrémités seules ont fourni chez lui un terrain favorable à la multiplication des agents infectieux.

Dans des cas que nous avons publiés, cette localisation n'avait, malheureusement, été que passagère et la maladie s'était généralisée en présentant les caractères d'une *infection purulente tégumentaire*, d'un *impétigo herpétiforme*.

Nous ferons remarquer le caractère tout particulier des soulèvements purulents ; ils ne sont pas saillants, mais étalés en nappes.

Ces altérations ont une grande analogie avec celles qui ont été décrites sous le nom d'*impétigo herpétiforme*.

Sur un cas de lichen de Wilson en bandes.

Par MM. H. HALLOPEAU et GARDNER.

Les éruptions en bandes linéaires, semblant correspondre à des trajets nerveux, peuvent offrir des caractères différents : les unes sont des nævi, d'autres poussent tardivement, leurs éléments peuvent offrir des caractères tout particuliers n'appartenant à aucune autre dermatose ; d'autres fois, ils sont au contraire nettement psoriasiformes ou lichénoides : il en était ainsi dans ce cas communiqué par notre collègue M. Liendström au Congrès de Moscou ; il en est de même dans celui que nous avons l'honneur de vous présenter.

Maurice Me..., Âgé de 10 ans.

Il y a deux mois, apparition d'une éruption, pour laquelle le malade entre à l'hôpital. Cette dermatose siège sur le membre inférieur gauche ; elle est disposée en une traînée verticale. Elle commence au milieu de la fesse, descend d'abord directement, puis, au niveau du pli fessier, décrit une courbe à concavité interne, descend ensuite verticalement en s'élargissant jusqu'au creux poplité. — A la jambe, cette traînée reparait à l'union des 2/5 internes de la région, gagne obliquement le milieu du membre et descend jusqu'à 5 travers de doigt au-dessus du talon. — Au niveau de la fesse, on distingue trois autres traînées linéaires très incomplètes.

Les lésions sont constituées par des papules polygonales, lisses, brillantes. — En différents points, les éléments prennent un aspect circiné, et sont entourés par un amas de papules confluentes ; on distingue 4 groupements de cette sorte à la partie postérieure de la cuisse, il y en a plusieurs au niveau de la jambe. — En quelques endroits, l'on trouve des altérations nettement lichénoides ; il y en a un placard à la partie supéro-interne de la cuisse droite. Dans la région poplitée et en arrière de la malléole externe, ainsi que dans le dos, on voit des groupes de lichen de Wilson.

Il n'y a plus de démangeaisons.

C'est la quatrième fois que nous observons cette localisation si particulière ; nous ne pouvons que nous reporter, relativement à sa pathogenèse, à la communication faite par l'un de nous en décembre dernier avec M. Contensoux (1). Selon toute vraisemblance, conformément à l'hypothèse formulée par l'un de nous (2), ce trajet doit correspondre à l'union de parties développées aux dépens de bourgeons embryonnaires voisins, mais différents, d'où l'addition à ce niveau des actions trophiques. Ce qu'il y a de particulier chez ce malade, c'est qu'il s'agit en toute évidence d'un lichen de Wilson. Les lésions concomitantes ne peuvent laisser de doute à cet égard. Nous savons d'autre part que des psoriasis peuvent offrir des localisations semblables ; il

(1) HALLOPEAU et CONTENSOUX. Sur deux cas de dermatose en bandes. *Soc. de dermat.*, décembre 1898.

(2) HALLOPEAU. Des nævi. *Progrès médical*, 1891.

résulte de ces faits que, dans ces trajets prédisposés, il peut se développer, soit des *hyperplasies cutanées* ne se rattachant à aucun type classique, soit des *syntômes de dermatoses typiques* qui y trouvent des *loci minoris resistantiæ*.

Nous signalerons en terminant la *persistance intégrale, malgré tous les traitements, de la dermatose psoriasiforme* du malade que à l'un de nous a présenté récemment après M. Balzer et qui est encore dans notre service.

Hidrocystome.

Par M. DÉHU.

Je vous présente un cas typique de l'affection bien décrite par Robinson puis par M. Thibierge, sous le nom d'hydrocystome. Il s'agit d'une femme, âgée de 37 ans, chez laquelle l'affection a débuté il y a huit ans. En 1893, elle a été soignée par M. Thibierge qui a fait exécuter un moulage reproduisant l'aspect de la face à cette époque. Depuis, les lésions sont devenues beaucoup plus confluentes; elles sont surtout localisées au niveau de l'espace intersourcilier, à la partie supérieure des joues et sur les paupières inférieures. Ce sont de petites saillies isolées ou agglomérées, en forme de perles demi-transparentes, de consistance dure et de la dimension d'un petit grain de chènevis. Au niveau de quelques-unes de ces saillies, on aperçoit dans la profondeur une tache bleu noirâtre. Les lésions diminuent pendant l'hiver, sans toutefois disparaître jamais complètement, et elles augmentent notablement quand la malade s'expose à la chaleur ou quand elle se trouve dans une atmosphère saturée d'humidité, par exemple, quand elle va au lavoir ou que le temps est pluvieux. Dans ces conditions l'hyperhidrose devient très intense et la face de la malade ruisselle de sueur. Un point sur lequel nous appelons l'attention, c'est la présence chez cette femme de *nævi* multiples de la face, coïncidant avec les kystes sudoraux. Au dire de la malade, deux de ces *nævi* dateraient de l'enfance, tandis que les autres se seraient développés en même temps que les petites tumeurs kystiques. Ce fait semble bien indiquer que dans la pathogénie de cette affection on doit faire intervenir d'autres facteurs que de simples troubles fonctionnels des glandes sudoripares, et au lieu de considérer, avec la majorité des auteurs anglais, les lésions de l'hydrocystome comme des dilatactions kystiques par oblitération des pores sudoraux, nous pensons qu'il s'agit plutôt de véritables néoplasies épithéliales ayant leur origine dans une malformation congénitale de l'épiderme.

M. BESNIER. — Je crois en effet qu'il s'agit de *nævi* qui restent pendant une longue période de la vie à l'état embryonnaire.

M. DARIER. — J'ai examiné, il y a quelques années, une pièce biopsique provenant de cette malade. J'y ai trouvé associés un nævus (verruve molle) et des kystes sudoripares. Dans tout kyste glandulaire il y a néoformation épithéliale. En raison de leur mode de développement et de leur connexion il me paraît justifié d'admettre que les hidrocystomes sont des adénomes kystiques d'origine navique.

Sclérodermie ou myxœdème.

Par M. DÉHU.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade du service du M. le Professeur Dieulafoy.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il y a un mois, ce malade, âgé de 55 ans, offrait un ensemble de symptômes qui faisait hésiter le diagnostic entre le myxœdème et la sclérodermie. Sur toute l'étendue du corps, la peau était considérablement épaissie et indurée, à tel point qu'on pouvait difficilement la saisir et la plisser entre les doigts. On avait bien la sensation d'un œdème, mais d'un œdème dur, élastique, ne gardant pas l'impression du doigt. Il existait en outre un érythème très marqué et une pigmentation généralisée de tous les téguments. Sur toute l'étendue des membres, l'épiderme était sec et rugueux. Les mains un peu déformées par le rhumatisme chronique et incapables de se refermer sur elles-mêmes, étaient froides, violacées, en état d'asphyxie locale. La peau tendue, luisante, avait au niveau des phalanges une consistance cartonnée; mais les doigts n'étaient ni épaissis et boudinés comme dans le myxœdème typique, ni amincis et fuselés comme dans la sclérodactylie confirmée. Aux pieds les modifications des téguments étaient analogues à celles des mains mais moins accentuées. La face n'était pas non plus élargie et bouffie comme dans le myxœdème; sur le dos du nez, aminci et légèrement effilé, et sur les parties adjacentes des joues, on remarquait une plaque décolorée au niveau de laquelle la peau était infiltrée et indurée. Enfin il existait sur le thorax, sur les flancs, à la partie supérieure des cuisses, une multitude de petites taches blanches isolées ou fusionnées et donnant, en raison de la pigmentation exagérée du reste du tégument, l'impression de plaques de vitiligo; mais en y regardant de près, on reconnaissait qu'il ne s'agissait pas de simples troubles de pigmentation, mais bien de véritables cicatrices. On constatait en effet sur un grand nombre de points, de petites excoriations croûteuses, vraies eschares épidermiques qui, une fois détachées, laissent à leur place des cicatrices décolorées.

Au point de vue intellectuel, le malade est un minus habens, et en l'interrogeant on ne peut obtenir de lui aucun renseignement. Ses mouvements sont raides et maladroits et depuis deux ans il ne peut faire aucun travail. Le poulx est normal et l'analyse de l'urine ne décèle aucun trouble appréciable. Ajoutons qu'à la palpation le corps thyroïde paraît très atrophié.

Actuellement, un mois après son entrée à l'hôpital, sous l'influence du traitement thyroïdien administré à de faibles doses, le malade est nota-

blement amélioré. L'œdème dur et l'érythème ont surtout considérablement diminué. Mais d'autre part, l'état des mains est resté à peu près sans changement ; la pigmentation et les surfaces cicatricielles n'ont subi aucune modification et les petites nécroses épithéliales continuent à évoluer sur un grand nombre de points.

A quelle cause doit-on rattacher toutes ces manifestations ? s'agit-il d'un myxœdème anormal, d'une sclérodermie fruste, ou d'une sorte de combinaison des deux processus ? ou bien a-t-on affaire à des troubles trophiques d'une autre origine ? L'examen histologique nous apportera sans doute quelques éclaircissements, mais, en attendant, je serais heureux d'avoir, au sujet de ce malade, l'opinion des membres de la Société.

M. DARIER. — Je crois que ce malade doit être rapproché de celui qu'a présenté M. Hallopeau. Le début est marqué par une phase érythémateuse, puis suivent une période d'infiltration, enfin de régression. Les lésions sont au premier chef des lésions inflammatoires. Une biopsie me paraît indispensable.

M. HALLOPEAU. — Il n'y a jamais dans la morphée des cicatrices de cet ordre.

M. BARTHÉLEMY. — Je pense pour ma part qu'il ne saurait s'agir ici de sclérodermie. Il y a manifestement des troubles trophiques ; la coloration des tissus est cyanique aux extrémités, la peau est collée aux os ; mais ces os offrent la déformation caractéristique du rhumatisme déformant.

D'autre part, la dyschromie cutanée est manifeste ; à côté de points trop pigmentés, il en est d'autres où fait défaut la dose normale de pigment ; mais ce qui me frappe, c'est le facies immobile et impassible, c'est le regard brillant et fixe, c'est la raideur de la nuque et des mouvements, c'est même un certain degré de tremblement, et, en face d'un pareil ensemble symptomatique, je ne puis pas ne pas penser à la maladie de Parkinson, qui expliquerait aussi fort bien les troubles trophiques du côté de la peau.

M. JACQUET. — Dans un cas de sclérodermie analogue à celui de M. Déhu, j'ai trouvé dans la moelle des lésions cavitaires centrales.

Varicelle simple ou syphilide varicelliforme.

Par M. ALEX. RENAULT.

Est-ce une varicelle simple ou une syphilide varicelliforme ? Tel est le problème dont j'ai l'honneur de vous demander la solution, en mettant sous vos yeux le malade que voici, entré le 2 juin dernier dans mon service de l'hôpital Ricord.

Il s'agit d'un homme robuste de 28 ans, cocher de grande remise.

D'histoire pathologique, il n'en a pas, sauf une variole à l'âge de 3 mois, variole confluente, à laquelle il a pu résister, malgré l'absence de vaccination antérieure.

Fait à noter en passant, notre sujet a été vacciné sept ou huit fois pendant son service militaire, toujours sans succès.

Aucun signe de tare arthritique ou scrofulo-tuberculeuse.

Le 27 mars dernier, le malade contracte une uréthrite avec une femme en pleine période menstruelle.

Depuis deux ans, il entretenait des relations avec cette femme, sans aucune contamination antérieure.

L'écoulement disparaît radicalement en un mois.

Quinze à dix-huit jours après la guérison, c'est-à-dire vers le 15 mai, malaise, courbature, fièvre, dus, selon toute vraisemblance, à un excès de travail, suivi d'un refroidissement.

Trois jours après le début des phénomènes généraux, apparition dans l'aîne gauche d'une glande, égale à une noisette, sans plaie à la région ano-génitale ni au membre inférieur.

En huit jours tous les accidents disparaissent et la glande s'efface.

C'est une semaine après que le malade se réveille avec un nouveau malaise et remarque, disséminée sur le corps, l'éruption que vous voyez.

Un interrogatoire soigné apprend que le thorax et le scrotum ont été envahis quelques heures avant les autres régions tégumentaires.

Quoi qu'il en soit, on constate aujourd'hui, éparpillées sur le tronc et les membres, discrètes à la face, des saillies lenticulaires, constituées par 2 éléments : l'un central, croûteux, l'autre périphérique, sorte d'anneau rouge, entourant la croûte et légèrement surélevé par rapport aux téguments normaux circonvoisins.

En quelques points, la croûte est noirâtre. Il s'agit d'une véritable eschare, dont la chute laissera une perte de substance plus ou moins profonde ; ce que l'on constate déjà près de l'aisselle droite et au scrotum.

J'ai pu voir à l'entrée du malade et les jours suivants plusieurs efflorescences naissantes, formées par une légère saillie rouge, surmontée d'une petite bulle à contenu louche ; au microscope, le liquide de ces bulles ne contient aucun microbe ; je n'ai constaté que des éléments anatomiques ; leucocytes en quantité, cellules épithéliales, filaments de mucus.

Continuant l'examen, on trouve : sur la portion gauche et antérieure du scrotum, une vaste ulcération profonde, anfractueuse, dont la base est empuisée plutôt qu'indurée. Cette cavité s'est déjà favorablement modifiée, à l'aide de pansements avec la gaze iodoformée. Sur d'autres points du scrotum, on constate encore d'autres ulcérations, mais beaucoup plus petites.

Le malade raconte que le point de départ de ces lésions a été des efflorescences, semblables à celles que nous voyons sur les autres points du tégument.

Notons enfin, au pied gauche, entre le 3^e et le 4^e orteil, une perte de substance, dont le mode de début a passé tout à fait inaperçu, mais qui rappelle absolument la plaque muqueuse interdigitale.

Eh bien ! devons-nous conclure, des ulcérations scrotales et sur-

tout de celle qui siège entre les orteils, à une syphilis en activité, ou, nous basant sur l'aspect franchement varicelliforme de la plupart des éléments qui émaillent la surface cutanée, le diagnostic doit-il être varicelle vraie?

Telle est la question en litige, tel est le problème, qui préoccupe à si juste raison mon entendement et dont il serait oiseux de faire ressortir ici toute l'importance.

Est-il besoin d'abord de rappeler que, dans l'hypothèse de syphilis secondaire, la syphilide varicelliforme est une manifestation des plus rares, tellement exceptionnelle que notre distingué collègue, M. Barthélemy, dans son article Syphilide, du *Dictionnaire de méd. pratique*, fait remarquer qu'il n'en existe pas un seul moulage au musée de l'hôpital Saint-Louis.

On sait en outre que dans les quelques cas rapportés par les auteurs, le diagnostic de syphilis n'a pu être établi qu'à l'aide des phénomènes concomitants et de l'étude des commémoratifs.

Puisons donc à ces deux sources de renseignements et examinons encore la surface tégumentaire en totalité. Interrogeons les muqueuses le système ganglionnaire. Analysons enfin le fonctionnement des viscéres.

La polymorphie étant un attribut des syphilides cutanées secondaires, la recherche s'imposait de taches roséoliques entre les éléments papulo-croûteux. Recherche vaine, je dois le dire. La papulo-croûte occupe exclusivement la surface cutanée.

Et des phanères, en tirerons-nous quelque profit au point de vue du diagnostic?

D'abord l'intégrité des ongles est parfaite; puis, si l'on passe à l'examen du cuir chevelu, on trouve bien, en quelques points, des éléments croûteux, analogues à ceux des téguments, mais il n'y a pas trace d'alopécie.

Maintenant si la perte de substance interdigitale rappelle la plaque muqueuse ulcérée, force nous est de reconnaître que d'autres lésions peuvent revêtir cet aspect, par exemple une simple écorchure, aggravée par le défaut de soins et la malpropreté.

Quant à l'ulcération scrotale, elle n'a aucun caractère net de spécificité. De par l'aspect, elle ne possède ni les attributs du chancre syphilitique, ni même ceux du chancre simple, auquel on pourrait penser de prime abord à cause de la profondeur et du décollement. Mais d'une part le mode de début de la lésion, de l'autre l'intervalle qui s'est écoulé entre le dernier rapport sexuel et la date d'apparition de cette lésion dispense de l'épreuve d'auto-inoculation et permet d'éliminer l'hypothèse de chancrille.

Passons maintenant à l'examen des muqueuses, le résultat en est négatif. La cavité bucco-pharyngienne est indemne, le pourtour de

l'anus net. Sur la muqueuse du gland, près du méat, on voit bien une petite croûte, mais cette croûte recouvre une efflorescence, semblable à celles qui émaillent le tégument externe.

En revanche, le système ganglionnaire a un peu réagi; quand on palpe les régions inguinales et occipitales, on trouve les ganglions légèrement tuméfiés. En pourrait-il être autrement avec les lésions, qui occupent le scrotum, le cuir chevelu et la nuque. Ces ganglions d'ailleurs n'offrent ni la dureté, ni la mobilité des ganglions spécifiques et ne sauraient leur être assimilés.

Trouverons-nous quelque indication dans l'état des viscères? Pas davantage; le malade n'accuse aucun trouble; il n'a jamais ressenti la moindre douleur de tête, douleurs pourtant si fréquentes au début de la période secondaire.

Les commémoratifs enfin restent muets; dans l'hypothèse de syphilis, on ne découvre nulle part la porte d'entrée. Peut-on incriminer l'écoulement uréthral, qui s'est produit il y a deux mois et l'attribuer à un chancre voisin du méat. On ne constate en ce point aucune trace d'induration et d'ailleurs les caractères de l'adénite inguinale ne répondent point à cette supposition.

En présence de ces faits négatifs, devons-nous donc conclure à une varicelle simple?

J'hésite, en me remémorant la rareté de la varicelle chez l'adulte. Reportons-nous en effet à la statistique de Baader, cité par Eichhorst, elle nous apprendra que sur 100 varicelles, on en trouve 65,4 de un à cinq ans et seulement 0,4 de seize à vingt ans.

D'autre part, si, dans quelques cas, les lésions de la varicelle peuvent devenir ulcéro-gangréneuse, cette fâcheuse complication ne se rencontre que chez les sujets cachectiques, chez ceux dont la complexion délicate ne résiste à aucune atteinte. Il suffit de jeter un coup d'œil sur notre sujet pour voir qu'il n'appartient pas à cette regrettable catégorie.

La varicelle enfin est une maladie contagieuse et le malade nie avoir subi l'action d'aucun contagé.

Je ne m'attarderai pas à discuter d'autres hypothèses: la varioloïde par exemple; l'éruption n'y ressemble pas; d'ailleurs les cicatrices de la face indiquent le large tribut payé jadis à la variole.

Mais pourquoi, serez-vous peut-être tentés de m'objecter, ne serait-il pas question d'une éruption médicamenteuse, iodurique par exemple? Pour cette simple raison que le malade n'a pris depuis longtemps aucun médicament, et que le bicarbonate de soude ainsi que l'opiat, ingérés au moment de la blennorrhagie, ne sauraient être incriminés.

En face de la difficulté du cas, je m'adresse donc à l'expérience de mes Maîtres et de mes Collègues, ici présents, pour résoudre le pro-

blème. Il est de ceux qui réclament une prompte solution. Car si la syphilis est en cause et telle est, je le déclare, ma pensée, le traitement spécifique s'impose. Depuis six jours que le malade est entré dans mon service il n'en a point encore bénéficié. J'ai tenu à subordonner mon intervention thérapeutique à votre jugement; j'agirai, dès que vous aurez bien voulu vous prononcer.

M. HALLOPEAU. — Le diagnostic de syphilis me semble s'imposer chez ce malade, en raison de la présence d'éléments non bulleux, et des caractères des ulcérations.

Sur une éruption vésiculeuse récidivante limitée à un seul doigt.

Par M. CH. AUDRY (de Toulouse).

Je continue à faire connaître les cas d'acrodermatites que je peux rencontrer. En voici un nouveau, qui se rapproche sensiblement de celui qui est relaté dans le *Bulletin de la Société* de mars 1897.

X..., homme robuste, âgé de 25 ans, mouleur sur métaux, marié, sans enfants, sans antécédents pathologiques autres que des papillomes du gland et des engelures pendant l'enfance.

Sans cause appréciable, il a vu, il y a un an, des vésicules prurigineuses apparaître sur la face dorsale de la troisième phalange du médius de la main droite. L'ongle même et la zone périunguéal ont toujours été respectés et restent sains. La lésion n'a jamais changé d'aspect, elle a été et est encore constituée par des vésicules, petites, régulières, remplies d'un liquide clair, jamais purulent. Ces vésicules sont assez élevées, se dessèchent, parfois s'érodent en laissant une petite ulcération qui se cicatrise rapidement. Les plus grosses ont atteint les dimensions d'une lentille.

Elles ont toujours été limitées rigoureusement au médius droit. Elles se sont étendues progressivement, mais elles n'ont siégé que sur la face dorsale et les côtés de la deuxième et de la troisième phalange. La face palmaire a toujours été indemne.

Le malade n'a ressenti aucune douleur ni locale, ni irradiée; il existe un prurit assez intense pendant et après les poussées.

Celles-ci se produisent, à des intervalles irréguliers, depuis un an. Le malade n'est jamais resté plus de huit à dix jours complètement guéri.

Quand il se présente à la clinique, on constate sur la face dorsale de la deuxième phalange, sur la partie dorsale des bords de cette région, au niveau de l'articulation de la phalangine et de la phalangette, la présence d'éléments vésiculeux disséminés sans ordre, on peut les comparer assez exactement à des vésicules de dysidrose; elles s'en différencient par leur localisation singulière, par leur production pendant l'hiver, et aussi par leur apparence; elles paraissent soulever tout l'épiderme, et une fois desséchées présentent une petite dépression centrale. Il n'y a aucune rougeur au-dessous ou au pourtour. Le doigt n'est ni plus rouge, ni plus volumineux

que les voisins. La seule anomalie est représentée par une diminution assez marquée de la sensibilité à la piqure. Aucune trace de troubles trophiques ni sur les doigts, ni sur les mains, ni ailleurs.

Le malade ne présente aucun stigmate de dégénérescence ou d'intoxication. Rien dans son état général, ni dans son histoire, ni dans ses antécédents ne permet d'émettre une hypothèse quelconque sur l'origine et la signification de cette lésion, dont la marche et la localisation sont évidemment singulières.

Je n'ai rien à ajouter à cette observation. Si on se reporte à la classification provisoire que j'ai proposée (V. *Bulletin de la Société*, et *Annales*, novembre 1897), on voit qu'on peut la ranger dans la deuxième variété de la troisième classe : acrodermatite récidivante, type névritique pur.

Nous pensons que tous ces faits seront utiles à connaître quand la question sera reprise et étudiée comme il convient.

Observations pour servir à l'histoire des pyodermites.

Par M. BERNARD.

Les deux cas qui font le sujet de cette communication ont été observés à la clinique de M. Dubreuilh, qui a bien voulu nous permettre de les publier. Ils ont présenté une évolution tellement anormale qu'il nous a paru intéressant de les communiquer à la Société de Dermatologie. Il s'agit là, croyons-nous, d'une espèce rare de pyodermite pouvant être dénommée : *Pyodermite à sillons linéaires et à marche progressive rapide*.

OBS. 1. — *Pyodermite à sillons linéaires*. — R..., 16 ans, typographe, se présente à la clinique du professeur Dubreuilh, le 3 septembre 1897.

Début, il y a trois semaines, par des démangeaisons dans le dos.

Les lésions ont progressé très rapidement, mais s'atténuent depuis quelques jours sous l'influence des bains d'amidon.

Le malade est typographe, n'est en contact avec aucun animal domestique.

Son petit frère qui couchait avec lui, jusqu'au moment où l'éruption a paru, ne présente rien. Lui-même ne s'est exposé à aucune contagion pendant les quelques semaines qui ont précédé l'éruption.

Actuellement, l'éruption occupe la partie supérieure du dos et s'étend plus abondamment sur l'épaule droite, l'aisselle du même côté et la partie voisine de la poitrine. Autre groupe de lésions à la région sacrée. Rien sur le reste du corps.

L'éruption présente à première vue de gros boutons croûteux, rouges, irréguliers, disséminés.

A un examen plus attentif, on trouve des élevures rouge vif, mal limi-

tées, irrégulières, mesurant d'un demi à 1 centim. et demi de largeur, assez dures et infiltrées.

Sur ces élevures se trouvent quelques croûtes jaunâtres, impétigineuses, disposées souvent en traînées linéaires, sinueuses, larges d'un demi-millimètre environ et longues de 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

Quand on examine à la loupe ces lésions, on aperçoit une espèce de sillon constitué par un canal très étroit ($1/3$ de millimètre environ) sous-épidermique et rempli de pus jaune.

Sur les lésions moins récentes, la traînée purulente est desséchée en croûte linéaire.

Enfin sur les lésions les plus anciennes, on ne distingue plus qu'une traînée rouge; la saillie et l'infiltration ont complètement disparu.

Le fin canal pustuleux se termine d'une façon brusque et à l'extrémité la plus récente, on n'aperçoit pas d'éminence ni rien qui ressemble à l'éminence acarienne.

En explorant ce canal avec une aiguille, on obtient du pus jaunâtre épais, mais dans lequel on ne trouve aucune espèce de parasite.

La démangeaison était assez vive le jour, mais non la nuit, avant l'emploi des bains.

10 septembre. Les démangeaisons ont diminué sensiblement. Dans aucun endroit les marques faites avec le nitrate d'argent n'ont été dépassées; cependant certains sillons non marqués se sont certainement développés depuis deux jours.

A la partie supérieure du dos, un sillon présente une forme annulaire presque géométrique.

Traitement. — Poudrage des lésions avec la poudre de talc salicylé.

Le 13. On aperçoit encore un certain nombre de sillons bien développés. Les élevures infiltrées sont devenues suintantes et d'aspect eczémateux.

Le 15. Les lésions ont notablement diminué de nombre, quelques-unes persistent encore avec les mêmes caractères. A l'épaule droite, un sillon a dépassé les repères au nitrate d'argent d'un centimètre et demi environ.

Bains sulfureux et poudrages fréquents.

Le 24. Les lésions sont affaissées et le malade ne revient plus à la clinique.

Examen microscopique du pus fait dans le laboratoire de M. Auché. Outre de très nombreux globules de pus vulgaire, on trouve :

a) Beaucoup de cellules à noyau irrégulier, plus ou moins allongé, parfois filamenteux.

b) Un grand nombre de cellules granuleuses.

c) Quelques microcoques arrondis, le plus souvent isolés, rarement réunis en petits amas de 4 à 6 éléments.

Obs. 2. — *Pyodermite à sillons linéaires à marche progressive rapide.* — Homme de 52 ans, employé de commerce, se présente à la clinique le 7 juin 1898.

Il y a trois mois, le malade a eu une poussée de furoncles qui a duré une quinzaine de jours. Ces furoncles siégeaient à la face externe de l'avant-bras droit. Quelque temps après, le malade a vu apparaître une

série de petites pustules qui s'accompagnaient d'un prurit assez vif. Ces pustules, de la grosseur d'un grain de millet, n'augmentaient guère de volume.

Il s'est produit aussi un certain nombre de bulles ou plutôt de soulèvements bulleux remplis de séro-pus et présentant des prolongements sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Actuellement, les deux tiers inférieurs de l'avant-bras (face palmaire et dorsale) sont recouverts d'un placard rouge, très mal limité, présentant en certains points de sa bordure un décollement épidermique en collerette de 1 à 2 millimètres. A la surface du placard, on voit un grand nombre d'flots excoriés, rouges, laissant suinter abondamment un liquide séro-gommeux un peu fétide. Au milieu de ces flots excoriés, on voit des squames minces, sèches, collodionnées.

A la périphérie du placard et un peu loin de la bordure, on voit, égrenées, une assez grande quantité de pustules circumpilaires et la disposition la plus intéressante de cette lésion consiste dans la présence de ces soulèvements bulleux munis de prolongements.

Ces soulèvements bulleux ont le volume d'une lentille environ ; ils surviennent spontanément, sont arrondis et présentent à leur début une très légère auréole rosée. Certains de ces soulèvements présentent en un point de leur pourtour un prolongement constitué par un soulèvement épidermique rempli d'un liquide séreux, large de un demi à un millimètre, tortueux, ressemblant à un volumineux sillon acarier, blanc et terminé par un soulèvement bulleux en nappe.

On voit trois ou quatre lésions présentant cet aspect spécial.

Au niveau du grand placard rouge, la peau est épaissie, profondément infiltrée.

Le prurit est modéré. Pas de troubles de la sensibilité.

Traitement. — Compresses trempées dans une solution de sulfate de cuivre et de sulfate de zinc.

13 juin. Depuis le 7 juin, les lésions ne se sont guère modifiées. Il y a cependant un peu moins de suppuration et la lésion en forme de vaste sillon terminé par un soulèvement bulleux en nappe, située sur le bord radial de l'éminence hypothénar, a grandi de deux centimètres. Le trajet est sinueux, irrégulier, moins étroit que le début du sillon.

En tout, ce sillon a cinq centimètres environ de longueur, la pression au niveau des parties de nouvelle formation fait sourdre à l'orifice un liquide séro-purulent.

Le 15. Le sillon de la paume de la main a encore gagné de un centimètre et demi environ sous forme de fusée soulevant l'épiderme.

Depuis vingt-quatre heures, il s'est formé un soulèvement bulleux du volume d'une grosse lentille, au centre de l'éminence hypothénar, soulèvement qui ressemble en tous points à une ampoule. L'apparition de cette ampoule a été précédée, pendant quelques heures, d'une sensation un peu pénible de brûlure.

Les autres lésions de l'avant-bras vont mieux ; le suintement a diminué.

Traitement. — Compresses d'acide picrique au centième.

Le 17 juin. L'amélioration s'accuse au niveau de l'avant-bras, mais le sillon palmaire progresse toujours et se termine à trois centimètres environ de la racine des doigts.

Le 18. Le sillon a encore progressé d'un centimètre. En ouvrant la partie terminale du sillon, il s'écoule un liquide clair, incolore, mélangé de quelques grumeaux blanchâtres.

Le 20. Le sillon a progressé de un centimètre en ligne courbe.

Les lésions de l'avant-bras sont presque complètement guéries. Continuation du traitement à l'acide picrique.

Le 24. Toutes les lésions sont guéries à l'exception d'une située à la partie antéro-inférieure de l'avant-bras. De cette lésion part un sillon de 2 centimètres de longueur dont l'apparition date de deux jours. La marche a été, comme on le voit, très rapide.

Continuation des pansements à l'acide picrique.

1^{er} juillet. Le malade est complètement guéri.

Examen microscopique et bactériologique du liquide contenu dans les sillons.

— Au microscope, on aperçoit une assez grande quantité de microcoques, en très courtes chaînettes de 3 à 4 éléments, situés principalement dans les cellules.

Les cultures faites sur gélose glycinée ont donné des cultures pures, blanchâtres, demi-transparentes, formées d'un streptocoque à filaments courts.

Le secrétaire,

LEREDDE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

NEW-YORK DERMATOLOGICAL SOCIETY

Séance du 27 septembre 1898.

Éruption bromurique.

G.-T. ELLIOT présente un enfant de 9 mois, avec une éruption bromurique généralisée à type fongueux. L'enfant avait pris une potion de bromure de potassium et de sodium pour une bronchite.

G. JACKSON a observé 5 cas analogues. Dans un de ses cas les lésions éruptives ont continué à se montrer pendant assez longtemps après la cessation du médicament.

G. FOX a vu un cas qui avait failli être opéré comme tumeur maligne; on peut souvent confondre ces éruptions bromuriques avec la syphilis ou quelquefois avec le sycosis.

S. LUSTGARTEN croit que la persistance de l'éruption pourrait être due à la persistance du bromure dans l'organisme où il a pris la place des chlorures normaux.

P. MORROW remarque que ces éruptions graves sont généralement le résultat de faibles doses longtemps prolongées chez des individus susceptibles. En général la maladie s'arrête quand on cesse les médicaments, mais des lésions profondes, comme le sont parfois les éruptions bromuriques, mettent longtemps à se résoudre.

Atrophie cutanée.

O.-H. HOLDER présente une femme de 54 ans, ayant eu 4 enfants qui sont bien portants. Otorrhée depuis son enfance; déchirure du périnée qui a laissé persister depuis une rectocèle et une cystocèle; ménopause depuis 4 ans. La maladie actuelle remonte à 8 ans et a débuté par le dos de la main droite. L'atrophie cutanée occupe le dos des mains, les coudes, les jambes en respecte les plantes; une plaque remonte des cuisses sur le périnée, s'étend au vagin et se limite sur la rectocèle et la cystocèle par une bordure rouge. La malade se plaint de vertige et d'irritabilité nerveuse.

FORDYCE et JACKSON rapportent des cas analogues dans lesquels on observait également des troubles nerveux.

Dystrophie des ongles.

P. MORROW présente une jeune femme qui présente des altérations des ongles d'aspect psoriasiforme en même temps qu'une éruption cutanée formant des plaques sur le cuir chevelu, les aisselles, les jambes et la région génitale. Il considère l'éruption cutanée comme un eczéma séborrhéique et les lésions unguéales comme une dystrophie d'origine indéterminée.

J. JOHNSTON soutient qu'il s'agit de psoriasis et admet que le psoriasis

peut être diagnostiqué de par les seules lésions unguéales. Elles sont caractérisées par l'amincissement de la lame dont les bords sont soulevés par les squames et qui lui donne une forme « en pelle ».

WHITEHOUSE en fait un eczéma des ongles.

BRONSON et SHERWELL repoussent l'eczéma et le psoriasis et en font une simple dystrophie.

ELLIOT croit qu'on ne peut faire aucun diagnostic sans examen microscopique pour éliminer l'onychomycose qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit.

Morphée traitée par l'électrolyse.

ALLEN montre un jeune homme atteint depuis un an de morphée du menton, du cuir chevelu et de la joue. L'électrolyse a produit une amélioration qui persiste depuis trois mois.

W. D.

AMERICAN DERMATOLOGICAL ASSOCIATION

Réunion annuelle de 1898.

Hydroa vacciniforme.

JAS. C. WHITE cite quelques cas d'hydroa vacciniforme typique, puis rapporte deux observations qui en diffèrent notablement.

Le premier est une jeune fille, chez laquelle la maladie a débuté à 8 mois pendant l'hiver, et depuis lors l'éruption reparait tous les ans en novembre et disparaît en avril ; elle occupe la face, les oreilles, les mains, les avant-bras, les pieds et les jambes. Elle est composée de vésicules de la grosseur d'un pois, qui séchent ou quelquefois suppurent, mais dans tous les cas laissent une cicatrice. Les parties atteintes en sont absolument criblées.

Le deuxième cas est un petit garçon qui, depuis les premiers mois de son existence, a une éruption bulleuse ressemblant à du pemphigus, qui occupe la face, les mains, les bras, les pieds et les fesses. Un grand nombre des lésions suppurent ou deviennent ecchymotiques, puis elles laissent des cicatrices profondes. Les poussées éruptives se font en toute saison, mais surtout par les temps froids. L'examen du sang a montré de 8 à 15 p. 100 de cellules éosinophiles et jusqu'à 93 p. 100 dans le liquide des vésicules.

J.-C. JOHNSTON et C. GILCHRIST confirment les remarques de White sur le peu d'importance diagnostique de l'éosinophilie qui se rencontre dans un grand nombre de maladies bulleuses.

HARDAWAY cite un cas d'hydroa vacciniforme chez une jeune fille où l'éruption n'était influencée ni par la saison, ni par les variations de température extérieure

Eruption bulleuse et prurigineuse circonscrite ; dermatite herpétiforme ?

W. I. CORLETT rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, très névropathe, rhumatisant et bronchitique, qui depuis trois ou quatre ans présente plusieurs fois par an des poussées éruptives toujours semblables.

L'éruption occupe la partie antéro-interne des avant-bras et la face interne des cuisses ; elle est formée de papules écorchées, de pustules, de vésicules et surtout de bulles variant du volume d'un pois à une noisette ; elle s'accompagne d'une violente démangeaison et ne dépasse jamais les régions indiquées ci-dessus. On ne distingue pas clairement de groupement herpétiforme des bulles. C. compare son cas à une observation publiée par Brocq en 1888, où l'éruption était limitée au dos des mains et des pieds et aux jambes.

C. croit pouvoir rattacher ce fait à la dermatite herpétiforme.

DUHRING repousse ce diagnostic en raison de la présence de quelques lésions squameuses.

ZEISLER le repousse également, à cause de la localisation exclusive et constante à la face interne des cuisses.

STELWAGON croit qu'il nous faudra étendre le cadre de la dermatite herpétiforme à des affections telles que celles-ci, qu'on n'est peu disposé à y faire entrer actuellement.

Mélano-carcinome de la peau.

C. GILCHRIST présente 2 cas de cette affection.

Le premier cas est un nègre qui présente sur tout le corps un millier de nodules du cancer mélanique, il y en aussi dans le foie et probablement ailleurs ; le malade est très amaigri, mais les ganglions lymphatiques sont indemnes. Les nodules naissent dans le tissu sous-cutané, ils sont au début plus pigmentés, et sont formés de cellules épithélioïdes. Le deuxième cas est un homme de 27 ans qui avait un petit nævus charnu à la joue ; celui-ci s'est ulcéré et s'est mis à grossir rapidement. Après excision, l'examen microscopique a montré la structure du mélanocarcinome.

G. a examiné quelques nævi excisés chez l'enfant, et confirme l'opinion de Unna sur l'origine épidermique des cellules de nævus. Il en résulte que les tumeurs malignes qui en dérivent ne sont pas des sarcomes mais des épithéliomas.

DUHRING, HARTZELL, FORDYCE, ROBINSON sont tout disposés à accepter l'origine épidermique des nævi, sinon comme constante au moins comme fréquente.

De la période prémycosique du mycosis fongoïde.

J.-N. HYDE et F.-H. MONTGOMERY ont dépouillé 44 cas, dont 21 hommes et 11 femmes ; leur âge moyen est 45 ans. La durée de la période prémycosique a duré de quelques mois à 20 ans ; trente-deux fois le symptôme dominant était le prurit, vingt-huit fois l'éruption était constituée par des plaques érythémateuses plus ou moins bien limitées, six fois il y avait du suintement et cinq fois des croûtes. Ces éruptions prémycosiques doivent être nettement distinguées de l'eczéma auquel elles ressemblent fort et l'histologie montrera probablement des caractères différentiels.

FORDYCE n'oserait pas affirmer la nature prémycosique d'une lésion de par le seul examen microscopique.

DUHRING est surpris de voir presque tous les auteurs parler d'eczéma à

propos d'éruptions prémycosiques. Dans tous les cas qu'il a observés, il n'a jamais pu songer à les confondre avec un eczéma vulgaire. Au point de vue histologique, il a surtout été frappé par l'absence de lésions primitives de l'épiderme; la maladie est exclusivement dermique. Il a quelquefois observé des lésions des muqueuses et même de la vessie.

WHITE a observé le vitiligo au cours de la période prémycosique; le prurit n'est pas toujours un symptôme prédominant. Il remarque l'analogie avec les éruptions précoces de la lèpre.

VAN HARLINGEN a également observé du vitiligo.

G. Fox, à la différence de Duhring, a été très frappé par l'analogie entre les éruptions prémycosiques et l'eczéma. Dans quelques cas, les placards eczématoïdes sont caractérisés par un fin liséré cireux analogue à celui de l'ulcus rodens. Il a quelquefois donné des injections hypodermiques d'arsenic, mais sans résultat démonstratif.

La plupart des membres présents relèvent l'opinion de Duhring et affirment l'apparence eczémateuse des éruptions prémycosiques et la grande difficulté qu'on éprouve quelquefois à les distinguer d'un eczéma banal.

Granulome innommé de la face et des membres.

F. SHEPHERD communique l'observation d'une femme de 28 ans, mariée, mère d'un enfant sain. Il y a six mois, une ou deux semaines après son accouchement, elle vit apparaître deux petites nodosités sur la joue gauche, puis une troisième analogue sur la jambe droite. Ces nodules se sont ulcérés laissant sourdre un peu de liquide jaunâtre, puis sont devenus fongueux. Actuellement, on trouve une première tumeur occupant toute la paupière inférieure, une seconde en dessous qui lui est contiguë; les deux font une saillie abrupte de presque un demi-pouce en forme de champignon, de consistance molle avec une ulcération cratériforme au centre, à bords décollés, fournissant une suppuration grumeleuse et fétide; les tumeurs sont douloureuses au toucher seulement. La tumeur de la jambe présente à peu près les mêmes caractères.

Un fragment excisé a montré du tissu de granulations formé d'un fin réticulum conjonctif, infiltré de lymphocytes mononucléaires. Sous l'influence d'applications topiques d'une pommade mercurielle forte, toutes les tumeurs disparurent en trois mois, laissant des cicatrices profondes et de l'ectropion.

Six mois plus tard, la malade revient pour une arthrite du genou. L'articulation est gonflée, peu douloureuse; les mouvements sont conservés, mais trois fistules fournissent une suppuration rougeâtre et grumeleuse. Une autre tumeur sous-cutanée se voit au-dessous du grand trochanter et fournit par une fistule une suppuration analogue.

L'examen microscopique n'a pas fait trouver de bacilles et la paroi des fistules a été inoculée sur des cobayes, sans résultat.

Depuis lors, la malade a complètement guéri, l'auteur ne dit pas par quel traitement.

Dans la discussion, la plupart des membres présents concluent à une forme anormale de tuberculose.

Lupus érythémateux.

A.-R. ROBINSON fait un rapport sur l'étiologie et l'anatomie pathologique du lupus érythémateux. De l'ensemble des documents qu'il a pu réunir, il conclut que le lupus érythémateux est plus fréquent à la campagne et dans les climats froids, il peut coïncider avec la chlorose, la dysménorrhée, l'anémie et la tuberculose ; la forme maligne est souvent suivie de complications cardiaques ou rénales. R. n'admet pas que la maladie puisse être le résultat de microbes variés ni d'une toxine produite en d'autres parties du corps. Il s'agit probablement d'une maladie infectieuse chronique due à un agent microbien unique et local mais encore inconnu.

L'épiderme et les glandes ne sont atteints que secondairement. La maladie débute par une infiltration du tiers supérieur du derme, par des cellules mono-nucléaires formant des foyers mais sans prédominance autour des follicules. R. n'a pas constaté de thromboses vasculaires, le tissu normal est remplacé par un réseau conjonctif fin, il n'y a pas de cellules géantes, pas de foyers de nécrose et rien qui, au point de vue anatomique, rappelle la tuberculose. La conclusion est que le lupus érythémateux est un granulome infectieux local et non pas une tuberculose de la peau.

J.-C. WHITE fait un rapport sur la curabilité du lupus érythémateux.

Le lupus érythémateux n'est pas incurable, mais c'est une des maladies les plus tenaces qui existent, cela ressort de l'expérience universelle et du nombre toujours croissant des traitements proposés, bien que chacun soit annoncé comme amenant une prompte guérison. Nous ne savons pas ce qu'est le lupus érythémateux, ses relations avec la tuberculose sont très douteuses et les notions étiologiques que nous possédons sont trop vagues pour guider notre thérapeutique. W. cite 16 médicaments internes qui ont été recommandés contre le lupus érythémateux, mais aucun ne peut se vanter de pouvoir à lui seul guérir cette maladie d'une façon régulière.

Les remèdes topiques sont bien plus nombreux encore, ils peuvent se diviser en antiphlogistiques, irritants, caustiques, mécaniques ou indéfinis. Dans cette série, W. ne retient guère que les topiques calmants, les excitants sont souvent dangereux et ne sont que rarement indiqués. Ceux même qu'il recommande il le fait sans grande conviction.

J.-A. FORDYCE rapporte 6 cas de lupus érythémateux ; deux malades présentaient des lésions ou des antécédents de tuberculose. Il admet qu'il s'agit d'une thrombose locale des capillaires sanguins altérés par le froid, l'acné rosée, la séborrhée ou encore par des toxines. L'extension progressive de la thrombose explique la marche envahissante de la maladie.

GILCHRIST n'a pas trouvé de thromboses vasculaires dans le lupus érythémateux ; il confirme les faits énoncés par Robinson et n'a rien trouvé qui rappelle une tuberculose de la peau.

ELLIOT se refuse à admettre l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux. La tuberculose est tellement fréquente qu'on peut la trouver dans les antécédents de bon nombre de malades, atteints de n'importe quelle maladie. Les Français paraissent devoir renouveler avec les tuberculides les excès de l'arthritisme et de l'herpétisme. L'hérédité tuberculeuse explique mal une maladie qui survient à tout âge.

Pour ce qui est du traitement, sur un nombre considérable de cas il n'y

en avait guère qu'un seul qui fût sûrement guéri et cela par une cautérisation destructive. Tous les autres remèdes internes et externes ne lui ont donné que des résultats douteux ou nuls.

ALLEN s'est bien trouvé de l'électrolyse, mais un cas, qu'il a présenté l'hiver dernier comme guéri par la pyrozone, a depuis récidivé.

POLLITZER se loue du traitement de Schütz (badigeonnage avec une solution faible d'arsénite de potasse à 1 pour 300 ou 400), mais il faut de la patience.

ZEISLER admet que la doctrine de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux s'appuie sur des faits qu'il est difficile de négliger, mais d'autre part, il n'est pas moins difficile de généraliser cette doctrine à tous les cas. Il emploie un mélange en parties égales d'iode, d'acide phénique et de chloral qu'on applique une fois par semaine.

JACKSON a employé sans succès le traitement de Schütz. Il se loue de l'application d'une solution de résorcine à 50 p. 100. Il en résulte une assez vive inflammation qu'on laisse se calmer, puis on recommence.

G. FOX a vu des cas guérir par les moyens les plus variés ou y résister. Il recommande surtout un traitement général calculé pour diminuer la congestion de la face et cite un cas très rebelle qui avait résisté à tous les médecins et qui guérit très promptement par le séjour à la campagne.

BRONSON remarque qu'en présence de la marche capricieuse de la maladie, de ses récidives tardives et disséminées, il est difficile de ne pas admettre une cause d'ordre général. Le mode d'extension périphérique ne prouve rien en faveur d'une cause infectieuse locale.

DUHRING recommande les traitements de douceur; il a vu quelquefois la coïncidence avec la tuberculose, mais il la croit fortuite. Il a vu le lupus érythémateux aboutir au cancer et cite un cas de guérison par un traitement thermal (Richfield Springs). L'avenir est aux traitements internes.

Trois cas d'urticaire pigmentaire.

H.-W. STELWAGON. — Le premier cas est un garçon de 6 ans qui fut présenté à l'association en 1889; il était blond, robuste et sans antécédents pathologiques. L'éruption est apparue à 18 mois et depuis n'a jamais cessé.

Elle occupe surtout le cou, le tronc et la région génitale; il n'y a jamais eu beaucoup de démangeaisons. On y trouve des élevures papuleuses du volume d'une tête d'épingle à un pois surmontées d'une petite vésicule jaunâtre; des élevures moins saillantes, jaunâtres ou saumon; des taches jaunâtres planes; des macules de couleur à peu près normale mais avec un aspect atrophique et ridé. Certaines lésions ressemblaient à du lupus ou à du xanthome.

Le second cas est une fillette de 11 ans dont la photographie est publiée dans le traité des maladies cutanées de Duhring. Elle est parfaitement bien portante. L'éruption a débuté à 3 mois 1/2 par les membres inférieurs puis s'est généralisée à la totalité du corps, même le cuir chevelu, les paumes et les plantes. Les élevures urticariennes ressemblant à des piqûres de moustiques peuvent disparaître en quelques heures ou bien durer quelques jours seulement. Celles qui persistent plus longtemps s'affaiblissent un peu et prennent une teinte jaune analogue à du xanthome. La démangeaison est insignifiante.

Le troisième cas est une fille de 8 ans, sa santé générale est médiocre. L'éruption est apparue à l'âge de 3 mois et a toujours continué depuis. Elle commence par des élevures qui ressemblent à des piqûres de moustiques, elles disparaissent promptement ou persistent comme des élevures jaunes, rougeâtres et couleur saumon, ressemblent parfois à du xanthome. Le prurit était assez vif et le grattage faisait apparaître des élevures urticariennes passagères.

GILCHRIST a eu l'occasion de faire des coupes d'une élevure d'urticaire pigmentée, il y a trouvé une grande abondance des mastzellen ainsi que les a décrites Unna.

Un cas de lichen scrofulosorum.

GILCHRIST a observé un cas de lichen scrofulosorum chez une fillette nègre de 11 ans. L'éruption est formée de très petites papules pilaires surmontées d'une squame très adhérente, disposées en groupes. Les papules centrales disparaissaient pendant que le groupe s'étendait excentriquement. Tout a guéri par un traitement par les hypophosphites. L'examen microscopique des fragments excisés n'a rien montré qui ressemblât à de la tuberculose. Les ganglions étaient un peu tuméfiés, mais cela est si constant chez les nègres qu'on n'en peut tirer aucune conclusion.

De la discussion il résulte que cette affection est fort rare en Amérique et que la plupart des assistants n'en avaient jamais observé.

Dermatose indéterminée caractérisée par les tubercules persistants et prurigineux.

J.-C. JOHNSTON rapporte l'observation d'une femme de 52 ans, sans antécédents pathologiques notables. La maladie date de 10 ans, a débuté par la face pour envahir successivement les avant-bras, les jambes, les mains et les pieds en affectant surtout les surfaces d'extension. Les segments supérieurs des membres sont peu atteints, le tronc est complètement respecté. Les lésions se multiplient lentement mais aucune n'a jamais disparu; même celles qui ont été excisées ont récidivé plus volumineuses qu'avant. Le début se fait par des tubercules rougeâtres qui saignent facilement quand on les écorche; leur volume varie d'une tête d'épingle à 1/3 de pouce, ils sont dès le début surmontés d'une fine vésicule; ils sont arrondis ou ovaires, saillants, très durs; ils débutent dans l'épaisseur du derme et n'intéressent l'épiderme que plus tard; sont rouges au début, plus tard grisâtres par suite de l'hyperkératose qui les surmonte, et qui les fait quelquefois ressembler à des verrues. Ils sont très discrètement disséminés, violemment prurigineux mais non douloureux au toucher. Dans leurs intervalles la peau présente une lichénification diffuse. Pas d'adénopathie; urines normales. Un traitement arsenical énergique a amélioré le prurit et la lichénification diffuse.

Trois éléments ont été excisés. La lésion est inflammatoire et débute autour des vaisseaux du derme par de l'infiltration cellulaire qui devient diffuse dans la couche papillaire; les lymphatiques sont dilatés et leur endothélium est gonflé. Les nerfs sont entourés d'un manchon de cellules d'inflammation très accusé sans qu'on puisse affirmer que ce soit là une lésion du début; les autres organes différenciés de la peau sont

indemnes. L'épiderme est infiltré de leucocytes ; la couche cornée est très épaisse, soulevée par une vésicule formée par la liquéfaction des cellules épineuses et contenant des débris cellulaires, de la fibrine et des cellules éosinophiles.

L'auteur ne peut pas proposer de diagnostic ferme, il ne connaît rien de semblable, si ce n'est un cas dont Hutchinson a présenté un dessin à Édimbourg, en 1898, sous le nom de « keloïd prurigo ».

FORDYCE, qui a vu la malade, ne connaît rien d'analogue et croit qu'il s'agit d'une maladie des terminaisons nerveuses.

W.D.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF LONDON

Séance du 13 juillet 1898.

Mycosis fongoïde.

A. CARLESS présente un cas de mycosis fongoïde chez une femme de 57 ans. Elle a eu 11 grossesses, presque chacune s'est accompagnée d'éruptions eczémateuses des parties génitales de l'abdomen et des bras, A trois reprises, la première fois il y a 14 ans, elle a eu des poussées de dermatite aiguë généralisée, suivie de desquamation. Il y a trois ans, des tumeurs ont fait leur apparition sur les jambes. Depuis lors, les tumeurs se sont multipliées pendant que quelques-unes disparaissaient. Depuis quelque temps, un certain nombre de tumeurs se sont ulcérées et les ganglions inguinaux se sont tuméfiés. Le tronc et les membres supérieurs sont indemnes, mais il s'est fait depuis quelque temps des ulcérations des gencives, des amygdales, de la face inférieure de la langue et de divers points de la muqueuse buccale.

Éruption innommée.

RADCLIFFE CROCKER montre un marin qui, pendant un séjour en Chine, fut pris d'une éruption consistant en cercles brun jaunâtre, un peu saillants, occupant la barbe, une plaque se trouve dans le cuir chevelu, une autre sur l'épaule gauche.

Les poils des régions atteintes s'arrachent facilement, sans gaine radiculaire. L'examen microscopique des poils et des squames est resté négatif. Depuis deux ans, la maladie persiste sans grand changement. Le présentateur n'a pas de diagnostic à proposer. Patrick Manson qui a vu le malade n'a pas fait non plus de diagnostic.

Lupus tuberculeux disséminé.

COLCOTT FOX présente une fillette de 2 ans et 8 mois avec un lupus tuberculeux formant des plaques arrondies psoriasiformes disséminées avec une certaine symétrie sur les genoux, les fesses, les coudes et les mains ; il n'y a pas de cicatrices et les lésions ont une extrême ressemblance avec du psoriasis dont elles diffèrent par une infiltration et une saillie plus marquées et moins de desquamation. L'enfant a eu, à 3 mois, la rougeole suivie de coqueluche. L'éruption est apparue il y a un an, en commençant par la main gauche. La mère est un peu délicate, mais il n'y a pas d'antécédents de tuberculose, si ce n'est chez la grand-mère maternelle.

Folliculite décalvante.

J. GALLOWAY présente un cas de folliculite décalvante chez un homme de quarante-cinq ans qui a vu apparaître depuis deux ans une plaque alopécique sur le sommet de la tête. On trouve actuellement une plaque de 7 à 8 centimètres de large dont la partie centrale est tout à fait glabre et dont la périphérie formant une zone de 1 à 2 centimètres de large est un peu saillante, dépourvue de cheveux, avec un bouchon épidermique dans chaque orifice folliculaire. Il y avait à peine une trace de rougeur et la saillie des lésions paraît être due aux bouchons cornés et non à une infiltration du derme. Il n'y a pas de lésions ailleurs sur le corps ; l'examen microscopique des squames est resté négatif.

MORRIS remarque que ce cas est semblable à ceux que lui-même et d'autres auteurs ont présentés sous le nom de folliculite décalvante.

GALLOWAY reconnaît l'identité de son cas avec ceux auxquels fait allusion MORRIS, mais trouve que le nom de folliculite s'applique mal à une maladie où il n'y a pas trace d'inflammation.

Tuberculose de la peau probable.

GALLOWAY présente une femme de 35 ans qui a eu dans son enfance des adénites tuberculeuses suppurées. La maladie actuelle a débuté, il y a six ans, par des arthrites qui ont laissé une ankylose de la tibio-tarsienne gauche et du coude droit ; ces arthrites s'accompagnaient de gonflement et d'induration, parfois même de suppuration mais en dehors de la jointure. Les lésions de la peau sont apparues à peu près en même temps elles débutent par des placards de 1/2 à 3 pouces de large, rouges et tuméfiés.

Quelques-uns de ces placards disparaissent sans laisser de traces, mais la plupart s'indurent de plus en plus, puis présentent une série de foyers de nécrose de quelques millimètres de large, de sorte qu'après leur élimination, la plaque est criblée de trous comme un rayon de miel, enfin le tout guérit en laissant des cicatrices peu visibles. L'auteur croit qu'il s'agit de tuberculose.

Lupus érythémateux.

M. MORRIS. — La malade est une femme de 74 ans qui a eu, il y a 30 ans, une écorchure du nez ; il en est resté une macule noire qui a progressivement grandi. Depuis trois ans, d'autres lésions analogues se sont montrées sur les joues et sur les mains. Actuellement, le nez est occupé par une cicatrice déprimée, un peu squameuse et ponctuée, entourée d'un bourrelet un peu induré. Sur chaque joue est un groupe de lésions lenticulaires à bordure saillante et dure, à centre déprimé, occupé par une squame adhérente et saignant facilement. La première phalange de l'index droit montre une plaque ovale rouge, sèche, ressemblant un peu à un eczéma sec, infiltré et squameux. La pulpe des doigts présente aussi un peu de rougeur et de desquamation. La lésion de l'index est seule douloureuse. L'auteur conclut au lupus érythémateux.

Lichen scrofulosorum.

M. MORRIS présente un jeune homme de 20 ans, sans antécédents tuber-

culeux. Depuis deux ans, il a présenté des adénites tuberculeuses suppurées du cou. L'éruption actuelle a débuté dans le dos, il y a six mois, puis a gagné les membres et l'abdomen tant du côté de la flexion que de l'extension. Les lésions débutent par une papule rouge autour d'un follicule, cette papule se surmonte quelquefois d'une pustule qui se dessèche en une croûte et laisse finalement une petite dépression punctiforme. Le poil correspondant est quelquefois détruit, mais pas toujours.

Séance du 12 octobre 1898.

Hydroa estival.

C. Fox présente un jeune homme de 14 ans, atteint d'une forme atténuée d'hydroa estival. L'éruption occupe la face, les oreilles et, à un moindre degré, le dos des mains et des avant-bras; elle est formée d'un semis de papules rouges du volume d'un grain de chènevis, surmontée parfois d'une fine vésicule, et laissant à leur suite une petite cicatrice déprimée et punctiforme; la démangeaison est très médiocre.

PRINGLE a observé un bon nombre de cas de ce genre chez les gamins qui servent d'aides au jeu de Golf. Ils guérissent spontanément à la puberté, mais en laissant des cicatrices hors de toute proportion avec les minimales lésions qui leur ont donné naissance.

Éruption vésiculeuse hivernale.

C. Fox présente, en opposition avec le cas précédent, un garçon de 14 ans qui, depuis 9 ans, présente tous les hivers une éruption vésiculeuse des mains. Elle est constituée par de grosses vésicules claires, discrètes, siégeant sur la face dorsale des doigts, des mains et des poignets, et sur les faces latérales des doigts; prurit insignifiant. En discutant le diagnostic, Fox élimine l'eczéma, la dyshidrose et les engelures bulleuses.

Morphée.

C. Fox présente une fillette de 7 ans chez qui la maladie date de 9 semaines. Les plaques sont d'un blanc d'ivoire, entourées d'une zone brune qui leur donne une grande ressemblance avec du vitiligo, dont elles diffèrent par la consistance. La distribution des plaques est assez remarquable: toute la partie moyenne du dos, de la 7^e vertèbre dorsale à la 2^e lombaire, est occupée par une longue plaque médiane avec un contour sinueux au niveau de l'origine des côtes; un petit groupe à l'angle de chaque omoplate; dans chaque aine est une grande plaque ovale. Les plaques paraissent s'étendre excentriquement. Il y a une démangeaison assez vive. L'enfant a eu des rhumatismes et un peu de chorée.

Urticaire pigmentaire.

C. Fox en présente deux cas:

1^o Un jeune homme de 18 ans chez qui la maladie date de trois ans. Les lésions sont discrètement disséminées sur le tronc et les membres, leur couleur est très foncée, quelques-unes sont de simples macules. Il y a du dermographisme. Un fragment a été excisé sans anesthésie locale ou générale; les coupes montrent une quantité énorme de Mastzellen dans toute l'épaisseur du derme et dans la couche papillaire, leurs contours

sont très indistincts, comme si elles étaient en train de se dissocier; il y a une pigmentation anormale dans les parties profondes de l'épiderme. Les fibres élastiques sont étirées et rompues.

2° Le second cas est une fillette de 2 ans et 8 mois, chez qui la maladie a débuté à l'âge de un an, à la suite de la varicelle.

Xanthome multiple.

C. Fox. — Femme de 54 ans, atteinte de xanthome multiple depuis 3 ans. Elle a un ictère chronique très intense, le foie est très volumineux, et la peau est couleur olive. La face, le cou et la partie supérieure du tronc sont presque entièrement couverts de grandes plaques de xanthome plan, dont les bords semés de nodules montrent la vraie nature. Les plis articulaires sont semés de papules jaunes. Les plis de flexion des paumes et des plantes, les gencives présentent des altérations caractéristiques; des nodules plus volumineux se trouvent sur les coudes et les genoux.

Érythème multiforme buccal.

TURNER présente un homme de 37 ans, généralement bien portant, qui a depuis quelques jours toute la muqueuse buccale couverte de bulles. Les genoux, les pieds, la face dorsale des mains présentent aussi quelques bulles. L'éruption actuelle est la troisième; la première s'est montrée il y a deux mois et demie après avoir mangé des huîtres, et s'est accompagnée de coliques et de diarrhée.

Papillome professionnel causé par la créosote.

H. MACKENZIE présente un homme de 60 ans qui, depuis trente ans travaille dans une usine où l'on traite par la créosote des traverses de chemin de fer.

Les mains et les bras sont seuls en contact avec les madriers mouillés de créosote et sont depuis plusieurs années dans l'état actuel. Sur les avant-bras et la face dorsale des mains et des doigts les orifices folliculaires sont obstrués par un bouchon noir; çà et là sont des élevures verruqueuses du volume d'un pois. Sur le côté droit du scrotum sont plusieurs élevures papillomateuses du volume d'un pois à une noisette, assez molles, couvertes d'une croûte cornée, douloureuses au toucher, sans induration profonde de leur base; quand on arrache la croûte la surface dénudée saigne facilement. Dans le triangle de Scarpa des deux côtés tous les ganglions sont un peu tuméfiés. Ces tumeurs dégénèrent très facilement en épithélioma, et quelques-unes de celles du scrotum paraissent déjà en voie de transformation: il est donc indiqué de les enlever.

Séance du 9 novembre 1898.

Dermatites exfoliatrices généralisées.

W.-G. SMITH (de Dublin) n'admet aucune des divisions et distinctions qu'on a faites dans le groupe des érythrodermies exfoliantes. Il s'agit d'un syndrome banal qui peut survenir sous l'influence de causes multiples chez des individus prédisposés à des inflammations catarrhales

généralisées par une vulnérabilité particulière de la peau. On ne peut pas établir de limitation tranchée entre l'eczéma et le psoriasis généralisés d'une part et les érythrodermies prémycosiques ou le pityriasis rubra de Hebra, de l'autre. Tous les types qu'on a cherché à établir sont fondés sur des distinctions cliniques subtiles ou des données incertaines comme les renseignements fournis par les malades eux-mêmes sur la marche de la maladie.

J.-F. PAYNE accepte les conclusions de Smith et il cite un cas présenté par Fox au Congrès international de Londres, où une dermatite exfoliatrice généralisée s'était transformée en dermatite herpétiforme.

GALLOWAY préfère, comme terme générique, l'expression de dermatite exfoliatrice à celle de pityriasis rubra qui a été appliquée à trop de types différents. Il croit qu'on peut distinguer certaines formes différentes par leur origine : *a.* Formes congénitales : 1° primaires ; 2° secondaires. — *b.* Formes secondaires acquises. — *c.* Formes primaires acquises.

Parmi les formes congénitales primaires, il faut y distinguer des cas à terminaison fatale et d'autres dont la durée est indéfinie ; comme exemple de ce type, il cite un cas de Sangster (*Brit. J. of Derm.*, 1895, p. 37) où le malade, âgé de 40 ans, est atteint depuis sa première enfance d'une érythrodermie exfoliante. Comme exemple de cas congénitaux secondaires, il rappelle un cas déjà présenté à la Société (*Brit. J. of Derm.*, 1897, p. 327) où la dermatite exfoliatrice est survenue à la suite d'une epidermolysis bullosa.

Les formes acquises secondaires sont le plus souvent consécutives au psoriasis.

La forme acquise primaire correspond surtout au pityriasis rubra de Hebra ; Galloway rapporte à ce propos l'histoire d'une femme de 35 ans qui présentait une desquamation généralisée en petites lamelles avec déchéance de la santé générale et urines normales ; un peu plus tard survinrent une adénopathie généralisée et de l'entérite ; finalement, de la fièvre et la mort dans un état typhoïde au bout de 5 mois ; dans la dernière semaine, l'urine était rare, foncée, réduisait la liqueur de Fehling sans contenir de la glycose, mais seulement de l'alkaptone.

Au point de vue anatomique, le trait prédominant est l'existence de lésions presque purement épidermiques et caractérisées par l'altération de la kératinisation constituant une parakeratose.

COLCOTT Fox remarque que presque tous les cas qu'il a vus étaient consécutifs à quelque dermatose bien classée telle que le psoriasis, le lichen plan, le pityriasis rubra pilaris, l'eczéma, etc. Un cas de dermatite exfoliatrice consécutif au psoriasis n'est pas autre chose qu'un psoriasis généralisé et il n'est pas besoin d'en faire une maladie à part.

St. MACKENZIE pense qu'il y a des dermatites exfoliatrices primitives ou secondaires. La dermatite exfoliatrice consécutive au psoriasis n'est plus du psoriasis.

PRINGLE préfère comme nom générique celui de dermatite exfoliatrice. Il en a observé 14 cas, sans compter deux cas d'érythème scarlatiforme récidivant de Féréol et un de pityriasis rubra pilaris qu'il considère comme des maladies distinctes. Il n'admet dans son cadre que les cas où

l'éruption était complètement généralisée et s'accompagne d'altérations des cheveux et des ongles. Sur ces 14 cas, 8 peuvent être considérés comme primitifs ; 4 cas étaient consécutifs au psoriasis chez des individus profondément névropathiques. Tout en admettant le rôle des toxémies, P. pense que le système nerveux a une influence considérable et remarque : 1° la fréquence des antécédents névropathiques ; 2° la brusquerie avec laquelle l'éruption apparaît et se généralise ; 3° l'intensité du prurit, l'insomnie habituelle et la fréquence des troubles vésaniques à la fin ; 4° la susceptibilité aux variations de la température ambiante ; 5° les altérations des poils et des ongles. Il faut encore remarquer le rôle fréquent joué par l'alcool dans l'apparition de la dermatite.

Au point de vue thérapeutique, l'arsenic est plutôt nuisible, l'antipyrine à haute dose rend quelquefois des services ; les topiques huileux ou aqueux sont l'un ou l'autre utiles suivant les cas.

LESLIE ROBERT remarque la variété d'origine et de nature des irritants qui peuvent donner naissance à la dermatose. Ceux-ci agissent surtout par l'intermédiaire du système nerveux. Il est frappé par la soudaineté foudroyante des altérations de la totalité de l'épiderme et le développement considérable des enfoncements interpapillaires de l'épiderme.

G. PERNET rapporte un cas de dermatite exfoliatrice consécutive à une pyonéphrite suppurée d'origine calculuse. W. D.

DERMATOLOGICAL SOCIETY OF GREAT-BRITAIN ET IRELAND

Séance du 29 juin 1898.

Eruption nécrotique d'origine nerveuse.

SAVILL revient sur un cas qu'il a présenté dans la séance du 28 avril dernier. Une surveillance des plus minutieuses n'a pas permis de découvrir la moindre supercherie et force est bien d'admettre que l'éruption n'est pas artificielle, mais se produit spontanément.

EDDOWES rapporte un cas analogue chez une femme de 50 ans. Les lésions étaient ecchymotiques et survenaient tous les mois environ sur le dos des mains et les avant-bras. La première éruption était survenue après une exposition à un feu très vif ; chaque poussée était précédée de douleurs dans les bras.

PERNET maintient que le cas de Savill est une éruption artificielle et volontaire.

Tondante peladoïde.

R. CROCKER montre un cas de tondante dont les plaques présentent une très grande analogie avec une pelade, sauf qu'elles sont plus irrégulières et moins bien limitées. L'examen microscopique des quelques tronçons de cheveux qu'on a pu trouver a montré non sans peine un trichophyton ectothrix à grosses spores. W. D.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis du système nerveux.

La maladie de Little et la syphilis héréditaire (Die Littlesche Krankheit und die hereditäre Syphilis), par T. DE AMICIS. *Archiv für Dermatol. u. Syphilis*, 1898, XLIII, p. 3.

L'auteur rapporte l'histoire d'un enfant de 3 ans, né de parents syphilitiques, atteint d'une affection congénitale caractérisée par des contractions habituelles des muscles volontaires, principalement de ceux des membres inférieurs. L'enfant n'est pas en état de se tenir debout. Les muscles des cuisses et des jambes sont raides et les tendons d'Achille ressemblent à des cordes fortement tendues. La marche est impossible. Exagération des réflexes rotuliens, intelligence intacte. Pas d'atrophie musculaire, sensibilité normale ; l'excitabilité électrique est peu modifiée.

Il existe en outre sur la peau des cicatrices dues probablement à des infiltrats de la peau de nature spécifique. (Syphilodermes tuberculeux profonds.)

Ce cas rentrerait dans le groupe des affections décrites par Fournier sous le nom d'affections para-syphilitiques.

A. DOYON.

Surdité complète foudroyante par otite interne due à la syphilis acquise (Contributo clinico alla studio della sordità completa fulminea per otite interna da sifilide acquisita), par G. MELLE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 233.

Femme de 20 ans, ayant contracté la syphilis en octobre 1895 ; en même temps que les premiers accidents secondaires, quelques bourdonnements d'oreille, diminution de l'ouïe, insomnie, confusion dans les idées, troubles qui disparurent bientôt ; au commencement de septembre 1896, pendant la nuit, subitement bruits intenses dans les oreilles et surdité absolue avec vomissements et incertitude de la marche. La surdité a persisté depuis lors sans modification. Examen otoscopique négatif.

L'auteur se base sur les antécédents auriculaires, le vertige, les troubles de l'équilibre, les bruits anormaux, pour attribuer cette surdité à une lésion de l'oreille interne.

G. T.

Anatomie pathologique et pathologie générale de la syphilis.

Siège de la syphilis latente (Ueber den Sitz der latente Syphilis), par CASPARY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, XLIII, p. 127.

L'auteur reprend les recherches bien connues de Neumann sur ce sujet. Chez un garçon de 14 ans, atteint de syphilis héréditaire, on excisa sur le visage un petit fragment de peau qui ne paraissait pas avoir de cicatrices, et à l'examen microscopique on constata que l'épithélium était normalement développé comme dans la peau saine adjacente ; les papilles

étaient bien constituées ; les glandes sébacées avaient leur développement régulier. Les fibres élastiques apparaissaient avec la coloration par l'orcéine très développées dans les parties cicatricielles, presque en forme de cordons, incomparablement plus que dans le voisinage.

En outre, il y avait en différents points de petits amas de cellules rondes, principalement autour des vaisseaux.

D'autres recherches sur d'anciennes cicatrices, de nature non syphilitique, ont montré à Caspary que dans les points où se trouvent ces amas de cellules rondes, il persiste un état d'irritation actif.

Dans quelques cicatrices on ne trouvait pas trace d'émigration de cellules rondes, mais dans la peau de presque toutes les régions qui avaient été souvent comprimées ou très irritées par des mouvements musculaires : au dos, à l'avant-bras, à la région olécrânienne, à la région péri-anale, il y avait, presque dans chaque préparation, d'origine virulente ou non, des amas ou de petits amas des leucocytes situés tout autour des vaisseaux, sur les canaux excréteurs des glandes sudoripares et sébacées, des follicules pileux et aussi indépendamment d'eux, au-dessous des papilles. Dans les préparations de peau saine il n'existait rien de semblable. Contrairement à Neumann qui admet que, après la disparition clinique des lésions syphilitiques, il reste des amas de cellules dans la peau qu'on ne trouve pas après des lésions non virulentes, l'auteur croit que, après ces dernières, il reste souvent pendant des mois et même plus longtemps des amas de leucocytes et que surtout leur siège selon l'intensité des irritations et de tiraillements, etc., exerce sur eux une certaine influence. Si cela se confirmait et qu'il fût possible de le généraliser, les conclusions de Neumann perdraient de l'importance qui autrement leur est incontestablement due, même si on ne considère pas comme prouvée jusqu'à présent son opinion que les cellules en prolifération dans les produits syphilitiques sont de véritables agents de la contagion. A. DOYON.

Du rôle des mélanoblastes dans la syphilis (Einiges über die Rolle der Melanosblasten bei der Syphilis), par EHRMANN. *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, XXIII, p. 171.

L'auteur a déjà montré dans un travail antérieur que le pigment melanique (la mélanine des auteurs) était formé de cellules, qui proviennent du feuillet germinatif moyen de la même couche que les cellules de tissu conjonctif, mais se différencient de bonne heure des cellules qui deviennent des cellules ordinaires de tissu conjonctif. Il a signalé en outre que des cellules pigmentaires vraies ne produisent par division que des cellules de pigment et que des premiers mélanoblastes — c'est ainsi que l'auteur nomme ces cellules, — qui apparaissent d'abord sur des points déterminés du feuillet germinatif moyen, provenaient tous les mélanoblastes ultérieurs désignés par les auteurs comme chromatophores ou cellules de pigment. Les syphilides conviennent tout particulièrement pour l'étude des mélanoblastes. Si on excise, chez des sujets brun foncé ou sur des sujets blonds en des points naturellement pigmentés, des efflorescences existant depuis quelque temps mais n'ayant pas proliféré d'une manière exagérée, par conséquent des lésions papuleuses ou maculo-papuleuses, on trouve à la périphérie un amas considérable de

pigment mélanique, symptôme qui chez les individus tout à fait blonds ou aussi dans les régions d'une teinte claire des sujets très bruns n'existe pas ou du moins n'est pas développé au même degré que chez les personnes brun foncé ou dans les régions de coloration brune.

Parfois le développement du pigment mélanique dans la syphilis dépend de la présence des mélanoblastes ; dans les points où ceux-ci n'existent pas il peut y avoir une coloration jaunâtre des syphilides tant qu'elles existent, il peut aussi survenir une teinte rouillée avec formation d'hémoxidérine consécutive à des hémorrhagies, mais pas de pigment mélanique, ni de pigmentation brune. Dans 12 cas de leucodermie, E. a trouvé, dans des points leucodermiques, n'atteignant pas la dimension d'une lentille, surtout dans ceux excisés peu de temps après leur apparition, que les mélanoblastes étaient plus volumineux et plus nombreux que dans les points voisins.

Dans les taches leucodermiques, excisées très tardivement, il y a une zone moyenne dans laquelle ils manquent tout à fait ou sont très rares et petits ; une zone située plus sur le bord mais en partie encore claire à l'œil nu, présente des mélanoblastes volumineux et nombreux. Il en est de même dans les condylomes larges.

A. DOYON.

Relations des gommès syphilitiques et des lésions vasculaires (Delle gomme sifilitiche e sulla loro dipendenza da alterazioni vasali), par L. PHILIPPSON. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 409.

Le processus histologique des gommès peut se résumer de la façon suivante : le granulome qui les constitue est formé de cellules dérivant des leucocytes ou des cellules adipeuses ; ces cellules, ainsi que le tissu qui leur sert de soutien, subit la nécrose de coagulation et en dernier lieu la gomme nécrosée provoque autour d'elle une réaction inflammatoire.

Les veines comprises dans la gomme présentent des lésions d'endophlébite proliférante, avec oblitération de leur calibre par des cellules rondes ou fusiformes à la périphérie de la gomme, et thrombose dans les parties centrales de celle-ci où les parois vasculaires sont nécrosées. Ce sont ces lésions veineuses et non celles des artères, inconstamment altérées dans les gommès, qui sont pour P. la cause du développement de ces dernières. En l'absence de données de pathologie générale permettant d'établir une relation entre les oblitérations veineuses et les processus nécrosiques, on est obligé d'admettre que la même cause qui préside à la production des altérations vasculaires et du granulome en détermine aussi la nécrose.

G. T.

Spermatozoïdes des sujets sains et des sujets syphilitiques (Di alcune ricerche biologiche ed isto-chimiche sui nemaspermi sani e sifilici in rapporto alla eredità sifilitica), par N. LA MENSA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 566.

De nombreuses expériences faites avec du sperme de sujets sains et du sperme de sujets syphilitiques, l'auteur conclut que le sang de sujets syphilitiques n'exerce pas sur les spermatozoïdes un pouvoir toxique plus considérable que le sang de sujets sains ; que la vitalité des spermatozoïdes de

sujets à une période quelconque de la syphilis n'est nullement altérée et même est parfaitement identique à celle de spermatozoïdes de sujets parfaitement sains et indemnes de toute maladie constitutionnelle; que la structure anatomique grossière des spermatozoïdes des sujets syphilitiques est complètement identique à celle des spermatozoïdes des sujets sains; que les spermatozoïdes de sujets sains et ceux de sujets syphilitiques se comportent de la même façon vis-à-vis des couleurs d'aniline, que celles-ci soient acides, basiques ou neutres. Par des expériences répétées sur les animaux, l'auteur a pu s'assurer que, contrairement à l'assertion émise sur ce point, les spermatozoïdes ne jouissent d'aucun pouvoir phagocytaire.

G. T.

Traitement de la syphilis.

Les injections de sublimé à haute dose dans le traitement de la syphilis. (Sulle iniezioni di sublimato ad alta dose nella cura della sifilide), par M. PELAGATTI. *Il Morgagni*, juillet 1898, p. 433.

Travail basé sur 68 observations de malades ayant reçu à la Clinique de Mibelli 429 injections de un centimètre cube d'une solution de sublimé à 4 p. 100; les injections faites dans les muscles fessiers ont été répétées sur un nombre de fois variable suivant la gravité des accidents.

19 malades étaient atteints de chancre, 32 d'accidents secondaires, 17 étaient à la période tertiaire.

Les inconvénients observés à la suite des injections ont été, chez une femme, la production d'eschares le long du trajet de l'injection; chez deux femmes, des douleurs intenses dans la tête, accompagnées chez l'une d'elles de stomatite et de diarrhée; chez un homme atteint de syphilis cérébrale, des douleurs très violentes au lieu de l'injection avec irradiation dans le membre correspondant et vers le tronc. Dans tous les autres cas, on put continuer les injections aussi longtemps qu'il fut nécessaire et sans que les malades ressentissent d'inconvénients. Il y eut cependant souvent des nodosités produisant des douleurs dans la marche ou dans le décubitus.

Les intervalles entre les injections ont varié de 2 à 4, 5 et 8 jours. Ils doivent être tels que le sublimé soit éliminé entièrement, ce qui ne demande pas plus de deux jours.

Les injections de sublimé à haute dose doivent être employées non seulement dans les cas où les préparations mercurielles ne sont pas tolérées par le tube gastro-intestinal, mais bien dans presque tous les cas: elles ont une rapidité d'action peu inférieure à celle des injections de calomel et n'en ont pas tous les inconvénients.

Elles sont surtout indiquées dans les lésions initiales et peuvent alors empêcher le développement des accidents secondaires. Les diverses manifestations syphilitiques sont rapidement influencées par elles; cependant les syphilides papuleuses résistent assez pour qu'il soit nécessaire de recourir contre elles à des injections aussi rapprochées que possible.

Les injections de sublimé sont surtout un très bon moyen de traitement pour les malades ambulants.

G. T.

Cure de frictions hydrargyriques. (Die beste Form der Quecksilberschmierkur), par UNNA. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, . 93.

Le savon gris (sapo cinereus) préconisé par Unna, pour la cure des frictions mercurielles, contient un corps savonneux gras composé de lessive de potasse et de graisse cuits ensemble et 5 p. 100 de graisse benzoïnée, auquel on incorpore un tiers de son poids de mercure. Pour une cure énergique d'adulte on emploie chaque jour 3 à 4 grammes en frictions, pour les cures plus faibles 1 à 3 grammes. Quatre grammes de savon gris correspondent comme action, selon Unna, à environ 6 grammes d'onguent gris.

Voici quels seraient les avantages de sa pommade mercurielle savonneuse : elle serait pour les malades d'un emploi plus agréable et plus facile. Elle est beaucoup plus propre et ensuite ne laisse pas la peau grasse après la friction et n'a pas l'odeur de graisse souvent très désagréable de l'onguent gris. D'autre part, le médecin doit tenir compte de son action très énergique sur tous les accidents syphilitiques ; son action est égale comme effets à celle de toutes les variétés d'onguent gris, mais elle l'emporte par la rapidité de son action.

La pommade mercurielle savonneuse pénètre facilement dans une peau, même très grasse, tandis que l'onguent gris, malgré une très longue friction, n'est pas incorporé dans la couche cornée.

On peut additionner le savon gris de substances pouvant atténuer ou modifier son action. Ce savon a une influence beaucoup plus énergique et certainement plus profonde que l'onguent gris sur les processus syphilitiques locaux et il est tout particulièrement indiqué dans les cas de tumeurs ganglionnaires et d'affections des os. Enfin additionné à d'autres préparations il rend de bons services dans le traitement local de certaines dermatoses rebelles, par exemple mélangé à la pâte ou à la pommade de zinc dans les neuro-syphilides, le lichen plan, l'acné, les eczémas chroniques et les eczémas compliqués de syphilides, etc.

A. DOYON.

Frictions avec la pommade de calomel dans la syphilis (Ueber Kalomeleinreibungen bei Syphilis), par RILLE. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIV, p. 113.

Dans ces expériences l'auteur a employé une pommade d'après la formule de Bovero :

Calomel à la vapeur.....	de 0,5 à 1 gramme.
Lanoline.....	3 —
Beurre de cacao.....	1 —

Les frictions étaient faites chaque jour, le plus souvent avec une pommade contenant 1 gramme de calomel ; dans deux cas même, 3 grammes. Cette pommade est très bien supportée par les malades. Seize malades ont été soumis à ce traitement qui, d'après R., serait tout à fait inefficace. Suivent les 16 observations des malades.

A. DOYON.

Action de l'iodure de rubidium sur le sang des syphilitiques (Dell' azione dell' ioduro di rubidio sul sangue dei sifilitici), par P. COLOMBINI et P. PASQUINI. *Riforma medica*, août 1898.

C. et P. ont étudié l'action de l'iodure de rubidium sur le sang de deux sujets sains et de six syphilitiques à la période secondaire.

Ils ont constaté que cette action chez les syphilitiques est tout à fait

différente, pour ne pas dire absolument inverse, de celle de l'iodure de sodium, et presque identique, chez les sujets sains et chez les syphilitiques, à celle de l'iodure de potassium. De leurs recherches il résulte que l'iodure de rubidium, administré par la voie stomacale, à doses variées, sans autre remède, pendant les premières phases de l'infection syphilitique, produit une augmentation progressive et continue de la quantité d'hémoglobine qui arrive à atteindre la normale; que la même augmentation progressive se produit dans le nombre des globules rouges du sang chez tous les individus soumis à l'emploi de l'iodure de rubidium; que les globules blancs, nombreux au commencement du traitement, reviennent, pendant le traitement, à leur chiffre normal; que souvent le poids du corps augmente notablement. En raison de ces effets sur la crase sanguine, l'iodure de rubidium peut rationnellement être substitué à l'iodure de potassium, sur lequel il a l'avantage d'être mieux toléré. G. T.

Accidents causés par le traitement mercuriel.

Stomatite mercurielle (Zur Symptomatologie der Stomatitis mercurialis), par E. LEVIN. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, p. 194.

L'auteur décrit deux cas de stomatite mercurielle: l'un chez une femme de 30 ans, qui, après 20 frictions de 3 grammes, présentait, outre les manifestations de la maladie, une ulcération occupant le voile du palais dans presque toute son étendue. Chez l'autre malade, une prostituée de 19 ans, il se produisit après 28 frictions, outre les lésions habituelles de la stomatite mercurielle, une ulcération sur le voile du palais, ayant exactement les mêmes caractères que celle de la malade précédente.

A. DOYON.

Accident étrange et grave à la suite d'une injection hypodermique de sublimé corrosif (Strano e grave accidente susseguito ad una iniezione ipodermica di sublimato corrosivo), par T. DE AMICIS. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 212.

Homme de 58 ans, atteint de syphilis secondaire. A la 44^e injection de sublimé, faite entre l'angle inférieur de l'omoplate et l'épine dorsale, le malade éprouve une douleur très violente qui se calme au bout d'un quart d'heure. Le soir de l'injection, rétention d'urine; le lendemain parésie du membre inférieur gauche, persistance de la paralysie vésicale; on constate une ecchymose étendue au point où a été faite l'injection; le matin du 3^e jour, paralysie complète, puis eschares de décubitus et mort au bout d'un mois.

L'auteur ne peut attribuer ces accidents qu'à l'injection; il fait remarquer que, dans la région inter-scapulaire, où la peau ne peut être soulevée pour former un pli, l'introduction profonde de l'aiguille peut léser des tissus dont les lésions produisent des accidents très variés. G. T.

Parergies dans le traitement mercuriel de la syphilis (Unangenehme Nebenwirkungen bei der Quecksilberbehandlung der Syphilis), par H. KLOTZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, XLIII, p. 407.

1^o Injections de sels mercuriels insolubles.

De 1886 à 1897, l'auteur a fait dans sa pratique privée 1,072 injections

qui se répartissent sur 100 malades. Sur ce nombre il y eut 8 cas d'embolie chez 7 malades différents; c'est-à-dire une embolie sur 134 injections. Il résulte des renseignements fournis par l'auteur que le nombre des embolies est toujours allé en diminuant à mesure qu'il a perfectionné la technique des injections. Quant aux symptômes des embolies pulmonaires, ils sont les mêmes que ceux indiqués par Möller (V. *Annales de dermatologie*, 1897.)

Toutefois dans les cas où les symptômes ne se produisent que 8 à 10 heures après l'injection, l'auteur croit, contrairement à Möller et d'accord avec Lang, que l'introduction de la masse injectée dans les veines peut, par suite de son volume, déterminer une déchirure du tissu et l'ouverture de vaisseaux, ainsi que la pénétration du liquide dans ces derniers. Le degré de déchirure du tissu pourrait dans une certaine mesure, dépendre, abstraction faite de la quantité de l'injection, de la force et de la rapidité avec lesquelles l'injection est faite et de la résistance des muscles à sa pénétration. La position du malade pendant l'injection joue un grand rôle. Avec les injections intra-musculaires, il n'est pas possible d'éviter les embolies d'une manière absolue.

L'auteur décrit ensuite trois cas de stomatite mercurielle grave. Dans le premier cas, il cherche à expliquer la stomatite par le retard de la résorption du mercure suivi de son absorption subite à dose élevée; ce retard dans la résorption serait, selon l'auteur, un danger considérable des injections de sels insolubles. Dans les deux autres cas, les symptômes indiquaient au début une maladie infectieuse locale des organes du cou, dans le premier cas une amygdalite, dans le second une péri-amygdalite. Ces infections locales occasionnent non seulement de la fièvre, mais encore une augmentation de l'afflux sanguin dans les organes malades et dans leur voisinage, principalement dans les organes glandulaires de la cavité buccale. Ceci expliquerait aussi un plus grand afflux du mercure et l'augmentation de la sécrétion salivaire.

A. DOYON.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Traitement du chancre simple.

Un traitement rapide du chancre simple et des lésions ulcéreuses (A rapid treatment of chancroid and ulcerative lesions), par OHMANN-DUMESNIL. *St-Louis medical and surgical Journal*, juin 1898, p. 289.

O.-D. recommande vivement le traitement suivant, pour le chancre mou et les ulcérations tertiaires de la syphilis. On lave l'ulcère à l'eau tiède et on l'essuie avec du coton hydrophile; puis on lave soigneusement à l'hydrozone et l'on y applique du nosophène. Cette application de nosophène se renouvelle deux fois par jour. Le nosophène est un tétra-iodophénol-phthaléine, il se présente comme une poudre gris jaunâtre avec une très faible odeur. Il est anesthésique, antiseptique et a des propriétés desséchantes très marquées.

Une série d'observations accompagnées de photographies complète le mémoire.

W. D.

Traitement du chancre mou par la chaleur rayonnante (Ueber

Behandlung des Ulcus molle mit Hitze-Bestrahlung Audry), par R. KRÖSING. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, t. XLIII, p. 421.

L'auteur a traité de cette manière 40 cas de chancre mou, et jamais il n'a observé de nouveaux ulcères après l'emploi de la chaleur rayonnante.

La durée moyenne de la guérison jusqu'à cicatrisation complète a été dans 31 cas de 21,1 jours (il n'a vu qu'une fois les 9 autres malades). Dans 28 cas, il n'y a eu qu'une seule application, dans 8 deux, dans 3 trois et dans un cas quatre; dans ces derniers cas, l'ulcère ou une partie de l'ulcère paraissait prendre de nouveau un mauvais aspect, mais sous l'influence d'une nouvelle cautérisation, il ne se produisit pas de récurrence. Ces retours offensifs peuvent dans la plupart des cas être évités en prolongeant les cautérisations pendant 15 secondes et en dirigeant la chaleur principalement sur les bords de l'ulcère. Sur 40 malades, 15, lorsqu'ils se présentèrent, étaient déjà atteints de bubons douloureux. Tous ces bubons, sauf un, disparurent sans suppuration sous l'influence d'emplâtre de mercure ou d'iodol, d'ongtions avec le vasogène iodé, l'onguent gris, etc., presque toujours sans que les malades fussent astreints à un repos complet. Il faut rapporter peut-être en partie la marche favorable des bubons à la destruction du virus dans les ulcères; en tous cas on empêche par cette méthode un nouveau transport des bactéries du chancre dans les ganglions, de sorte que le tissu ganglionnaire n'avait à lutter qu'avec les bacilles déjà immigrés, peut-être encore peu nombreux, car dans plupart des cas les bubons venaient à peine de se produire et il était encore à même de vaincre ces bacilles.

A. DOYON.

Blennorrhagie.

Diagnostic de la blennorrhagie de la femme (Zur Diagnose der weiblichen Gonorrhoe), par P. BROESE et H. SCHILLER. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1898.

Voici les conclusions des auteurs : l'opinion de Neisser n'est pas exacte lorsqu'il prétend que la constatation du gonocoque est nécessaire pour diagnostiquer la blennorrhagie à marche chronique de la femme. Le médecin qui se placerait à ce point de vue commettrait donc une erreur dans un grand nombre de cas.

L'urétrite chronique est le symptôme le plus certain de la blennorrhagie chronique; comme symptômes incertains, il faut citer les autres affections de l'orifice du vagin; mais elles deviennent pathognomoniques de la blennorrhagie chronique, dès qu'elles sont réunies à des maladies de l'utérus et des annexes.

Il est difficile, souvent même impossible, de distinguer si le catarrhe chronique de l'utérus, quand il n'est pas accompagné de maladies blennorrhagiques d'autres parties des organes génitaux, provient ou non de la blennorrhagie.

L'existence simultanée du catarrhe de l'utérus et d'une maladie inflammatoire des annexes est généralement en faveur de la blennorrhagie.

Il est regrettable qu'on ne puisse pas se fier aux recherches microscopiques des sécrétions; la constatation positive des gonocoques indique bien l'existence d'une blennorrhagie, mais leur absence est loin de prouver qu'elle n'existe pas.

A. D.

Affections vénériennes de la région anale chez les prostituées (Ueber die venerischen Affectionen der Analgegend bei Prostituirten), par V. BANDLER. *Archiv für Dermatol. u. Syphilis*, 1898, XLIII, p. 19.

En dehors de cas de blennorrhagie rectale simple bien connus avec sécrétion plus ou moins abondante et gonocoques, B. rapporte un cas de périproctite grave suppurée, chez une malade atteinte de blennorrhagie.

L'infection blennorrhagique du rectum peut se produire de trois façons : par le coït contre nature ; par l'ouverture dans le rectum d'un abcès d'une glande de Bartholin ; par contagion externe, le plus souvent par l'écoulement de la sécrétion blennorrhagique des parties génitales vers l'anus.

Outre les affections blennorrhagiques de l'anus, il existe chez les prostituées une tendance particulière à la production dans cette région d'ulcérations sous forme de rhagades simples, d'ulcères profonds elliptiques et d'hyperplasies, particulièrement des plis hypertrophiés de la marge de l'anus, qui sont pour la plupart ulcérés. L'auteur a réuni 57 cas de cette dernière lésion et il a pu constater que dans 37 de ces cas les prostituées avaient eu la syphilis. Chez 23 on a démontré que les ulcérations rectales et des plis n'étaient survenues qu'après une infection spécifique antérieure.

Dans aucun cas, Bandler n'a pu constater de rapport entre ces processus et la blennorrhagie. Il a au contraire trouvé beaucoup de cas dans lesquels il existait des ulcérations du rectum alors qu'il n'y avait pas encore eu de blennorrhagie. Par contre, il a observé chez toutes les personnes atteintes de cette affection une syphilis antérieure et il serait disposé à regarder la syphilis et la sclérisation des ganglions qu'elle provoque, comme la cause prédisposante des ulcérations et des hyperplasies ; c'est cette même cause qui, par suite des nombreux traumatismes auxquels les prostituées sont exposées et de la persistance et de l'irritation, déterminerait cette affection.

A. DOYON.

Immunité et surinfection dans la blennorrhagie chronique (Ueber Immunität und Superinfection bei chronischer Gonorrhoe), par J. JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1898, t. XLIII, p. 319.

On ne sait rien de la perte ou de l'affaiblissement de l'infectiosité d'un processus blennorrhagique, tant qu'on peut y constater la présence de gonocoques. On ne sait rien d'une immunité congénitale des organes qui en général sont facilement atteints de blennorrhagie. Toutefois, il va sans dire que des circonstances extérieures peuvent donner l'illusion d'une semblable immunité, et que, comme pour toutes les irritations ainsi que pour les gonocoques, chaque individu présente une réaction très différente. Il faut admettre que les organes non particulièrement prédisposés suivant l'âge ou suivant les individus, ont une réceptivité très variable par rapport au virus blennorrhagique. On ne sait rien d'une immunisation de l'organisme par l'existence d'une blennorrhagie ; une blennorrhagie véritablement chronique, qui a persisté longtemps dans un organe, n'empêche pas qu'un autre organe ne devienne le siège d'une inflammation tout à fait aiguë sous l'influence des gonocoques qui végètent dans l'organisme (par exemple une épididymite aiguë dans une blennorrhagie uréthrale chronique). Il n'y a pas, suivant l'auteur, une immunité d'un organe quelconque qui persiste en quelque sorte après la maladie — même après une blennorrhagie de longue durée. On croit au contraire que les personnes qui ont eu

une fois une blennorrhagie en contractent de nouveau une autre très facilement. La marche plus bénigne des blennorrhagies ultérieures, qu'on observe souvent, mais pas toujours, ne peut être interprétée que comme un reste d'accoutumance. Tandis que les points mentionnés jusqu'à présent n'exigent une discussion approfondie, bien des points dans la blennorrhagie sont encore non seulement inexplicables, mais même ces constatations faites jusqu'à présent sont insuffisantes. Il faudrait savoir comment se produit l'accoutumance d'un organe atteint de blennorrhagie aux gonocoques qui vivent dans cet organe. Cette accoutumance est-elle assez prononcée pour que toute action pathogène cesse, de sorte que les gonocoques se transforment en saprophytes simples ? Comment se comportent les muqueuses atteintes de blennorrhagie chronique, par rapport à la surinfection par des gonocoques étrangers ? Pour expliquer cette accoutumance, on peut admettre une modification de l'organisme dans sa totalité ou de l'organe malade. On peut aussi l'expliquer par une modification des gonocoques. Les recherches expérimentales de Wertheim démontrent que les gonocoques ne sont nullement modifiés dans leur virulence, même dans la blennorrhagie tout à fait chronique — et cet auteur nie leur affaiblissement, même sur des terrains de culture artificiels. Il croit qu'il y a des faits cliniques qui prouvent que, même dans les blennorrhagies chroniques, une multiplication ou une nouvelle importation de gonocoques sur la surface peut occasionner une exacerbation aiguë. Les recherches de Bumm démontrent que, dans la gonorrhée, il y a une immunité des cellules sans modification morphologique appréciable. Quant à la réaction des muqueuses atteintes de blennorrhagie chronique, pour les gonocoques étrangers, il peut se produire un des phénomènes suivants : la muqueuse atteinte de blennorrhagie chronique réagit par une inflammation plus vive, qu'il y ait multiplication des gonocoques primitifs ou inoculation de gonocoques étrangers. Elle ne réagit plus sur les gonocoques primitifs, par une inflammation aiguë, mais sur des gonocoques étrangers (ou transformés par la culture). Elle ne réagit ni sur les gonocoques primitifs ni sur les gonocoques étrangers, elle est — dans le sens mentionné ci-dessus — immunisée contre la blennorrhagie aiguë. A. DOYON.

Recherches sur la direction et le trajet des plis de la muqueuse uréthrale de l'homme à l'état de repos d'après des empreintes sur cire (Untersuchungen über Richtung und Verlauf der Schleimhautfalter der ruhenden männlichen Urethra nach Platten modellen), par KUZNETZKY. *Morphologische Arbeiten* de Schwalbe, t. VIII, 1898, fasc. I.

Étude d'anatomie pure. L'auteur s'est astreint au patient laborieux de faire des coupes minces en série sur un urètre prostatique d'adulte et sur plusieurs urètres complets d'embryons, de transporter ces coupes sur des plaques de cire, de les dessiner par projections sur ces dernières, puis de découper ces plaques suivant les contours dessinés. Il obtenait ainsi par l'adossement de ces plaques la reproduction de l'urètre et pouvait étudier les replis de la muqueuse, le trajet et la direction des canaux qui traversent la paroi uréthrale. Cette étude n'est suivie d'aucune conclusion pratique. De très remarquables stéréo-photogrammes, fort bien venus, accompagnent le texte et le rendent facilement intelligible. REBLAUB.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

Fig. I.



Fig. II.

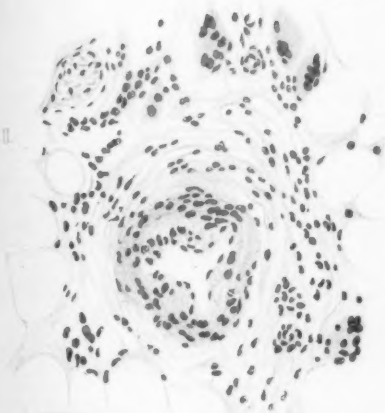


Fig. III.

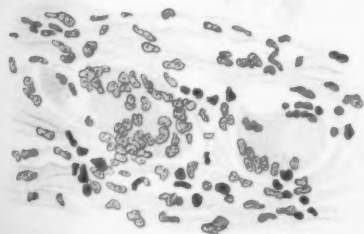
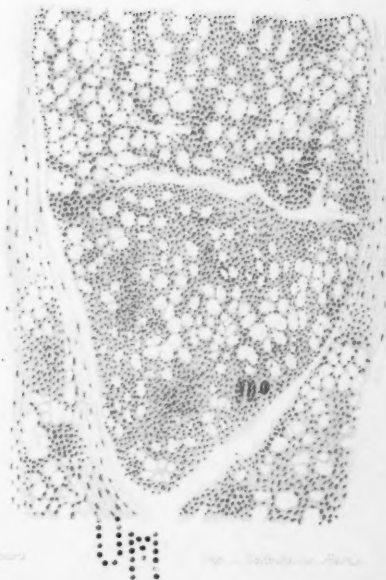


Fig. IV.



R. R. R. R. R.

W. W. W. W. W.

U. U. U. U. U.